

1
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

REFORMA A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN ARGENTINA, CHILE, COLOMBIA Y MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I O
P R E S E N T

BYRTHZEE RUBEN AGUILAR



DIRECTORA DE TESIS: ACT. LAURA MIRIAM GUEROLO GONZALEZ

SECCION ESCOLAR

1999

275667

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGENCIA NACIONAL
AZERMA TI
MIZEL

MAT. MARGARITA ELVIRA CHÁVEZ CANO
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:
 Reforma a los Sistemas de Seguridad Social en Argentina, Chile,
 Colombia y México.

realizado por Byrthzee Rubén Aguilar Barona.

con número de cuenta 9355341-2 , pasante de la carrera de Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Act. Laura Miriam Querol González
 Director de Tesis
 Propietario

L. M. Q. G.

Act. María Aurora Valdés Michel
 Propietario

[Firma]

Act. Benigna Cuevas Pinzón
 Propietario

Benigna Cuevas Pinzón

Act. Leticia Daniel Orana
 Suplente

Leticia Daniel Orana

Act. Noemi Velázquez Sánchez
 Suplente

Noemi Velázquez Sánchez

[Firma]

Consejo Departamental de

M. en A.P. María del Pilar Alonso Reyes.

AGRADECIMIENTO

En primer término, quiero agradecerle a la Universidad Nacional Autónoma de México, la oportunidad que me ha dado de pertenecer a ella.

Deseo expresar mi gratitud a mi asesora de tesis, la Act. Laura Miriam Querol González, quien guió con atención este trabajo.

Finalmente, agradezco a los sinodales sus comentarios y correcciones.

Act. Maria Aurora Valdés Michel
Act. Benigna Cuevas Pinzón
Act. Leticia Daniel Orana
Act. Noemí Velázquez Sánchez

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
I CAPÍTULO	4
I.I DATOS GENERALES DE ARGENTINA.....	4
I.I.I DATOS GEOGRÁFICOS.....	4
I.I.II DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	4
I.I.III DATOS ECONÓMICOS.....	4
I.I.IV DATOS CULTURALES.....	5
I.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.....	5
I.II.I VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE.....	5
I.II.II ENFERMEDAD Y MATERNIDAD.....	9
I.II.III ACCIDENTES DE TRABAJO.....	11
I.II.IV DESEMPLEO.....	13
I.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES.....	15
I.III SISTEMA DE SALUD.....	17
I.III.I RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	17
I.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	20
I.III.III INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN MÉDICA.....	21
I.III.IV RECURSOS HUMANOS.....	22
I.III.V SALUD Y MEDIO AMBIENTE.....	25
I.III.VI PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS.....	27
I.III.VII MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS.....	28
I.III.VIII INVESTIGACIÓN EN SALUD.....	29
I.IV COMPARACIÓN MÉXICO-ARGENTINA.....	30
II CAPÍTULO	42
II.I DATOS GENERALES DE COLOMBIA.....	42
II.I.I DATOS GEOGRÁFICOS.....	42
II.I.II DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	42
II.I.III DATOS ECONÓMICOS.....	42
II.I.IV DATOS CULTURALES.....	43
II.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.....	43

II.II.I VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE	43
II.II.II ENFERMEDAD Y MATERNIDAD.....	46
II.II.III ACCIDENTES DE TRABAJO.....	48
II.II.IV DESEMPLEO.....	50
II.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES.....	51
II.III SISTEMAS DE SALUD.....	52
II.III.I RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	52
II.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	56
II.III.III RECURSOS DE SALUD.....	58
II.IV COMPARACIÓN MÉXICO-COLOMBIA.....	59
III CAPÍTULO.....	72
III.I DATOS GENERALES DE CHILE.....	72
III.I.I DATOS GEOGRÁFICOS.....	72
III.I.II DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS.....	72
III.I.III DATOS ECONÓMICOS.....	72
III.I.IV DATOS CULTURALES.....	73
III.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL.....	73
III.II.I VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE.....	73
III.II.II ENFERMEDAD Y MATERNIDAD.....	77
III.II.III ACCIDENTES DE TRABAJO.....	80
III.II.IV DESEMPLEO.....	82
III.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES.....	83
III.III SISTEMA DE SALUD.....	84
III.III.I LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	84
III.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	87
III.III.III RECURSOS DISPONIBLES.....	92
III.IV COMPARACIÓN MÉXICO-CHILE.....	97
CONCLUSIONES.....	111
ANEXO.....	114
BIBLIOGRAFÍA.....	124

INTRODUCCIÓN

Una forma de expresión de la solidaridad humana ha sido, desde siempre, la ayuda que se ofrece a quien por infortunio se encuentra en situaciones de enfermedad y pobreza.

El sentimiento de congoja ante la pérdida que sufre la familia, un vecino o un conocido y el impulso a brindarle ayuda, constituye una de las facetas de lo humano.

En la medida en que la sociedad se hace más compleja y dependiente de bienes y servicios mas vastos, en que los medios de producción concentran enormes esfuerzos sociales en su creación y en que las relaciones sociales se masifican y despersonalizan, la solidaridad simple pierde efectividad como factor de recuperación ante las grandes pérdidas. La institución del seguro adquiere así una relevancia social. Ese promediar entre la sociedad en su conjunto y la pérdida personal o institucional, viene a representar, en la sociedad moderna, un papel importantísimo en la preservación del capital social y en el bienestar del individuo.

La presente tesis tiene como objetivo hacer un análisis y modelamiento del Sistema de Seguridad social fuera de nuestras fronteras, el cual permitirá estudiar la evolución de la Seguridad Social en otros países con respecto al nuestro, principalmente con las modificaciones a las reformas del Seguro Social en México; considerando que en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, se destaca que la salud es un elemento imprescindible del desarrollo y al propio tiempo, un derecho esencial de todos, lo cual no resulta meramente del solo progreso económico y social, sino que requiere de acciones específicas para prevenir, preservar o restituir la integridad y vitalidad física y mental de los individuos en todas las esferas donde pueden estar expuestos a distintos riesgos, entre ellas, de trabajo.

El **Capítulo I** contiene datos generales de Argentina los cuales nos permitirán tener un conocimiento más amplia de los recursos y necesidades existentes en dicho país, por otro lado se tendrá información de las diversas instituciones encargadas de la Seguridad Social del pueblo Argentino, analizándose los beneficios y problemas que imperan en estas instalaciones. Cabe mencionar que este país en particular se eligió, por la importancia que tiene dentro de América Latina, por ser sede de cambios políticos, sociales y económicos que marcaron un cambio global dentro de su nación así como en América Latina, permitiéndole a Argentina tener una economía mas sana y una solidez como país; es por ello que el Sistema de Seguridad Social Argentina tiene como fin cubrir las necesidad de sus trabajadores a través de instituciones que permitan resguardar a los Obreros, a sus familiares o dependientes de posibles enfermedades simples o graves.

El **Capítulo II** constituye una recopilación de datos y textos relacionados con Colombia, así como los factores que imperan en este país. En él se encontrará información general sobre esta nación que conforma el hemisferio occidental, su sistema Político y Social; la composición actual de su gabinete y especialmente, sobre el régimen del seguro social y el sistema de salud con que cuentan sus habitantes.

El **Capítulo III** contiene información relacionada con Chile, lo interesante tal vez como ningún otro país en vías de desarrollo, tiene la oportunidad histórica de construir el mejor Sistema de Atención de Salud para su nivel de desarrollo, el que podría, constituirse en un modelo para otras naciones en similares condiciones. Con las nuevas reformas efectuadas en este país han logrado tener una expectativa de vida estimada en 75.2 años para el quinquenio 1995 – 2000. Aunque dicha expectativa de vida está basada en una mortalidad infantil promedio en Chile de 11 por 100 nacidos vivos, persisten diferencias regionales que van desde una tasa de 15.5 por 100 en Atacama a menos de 1 por 1000 en la Región metropolitana. Junto a ello, se han logrado reducir la desnutrición infantil y la mortalidad materna.

Siendo este país un modelo a seguir por otros países de América Latina, el gran desafío que se le espera en el siguiente siglo, es la equidad que nace de su concepto de salud. Entendiéndose como un bien y como una necesidad ineludible. También, para el desarrollo y estabilidad de una nación democrática como esta, entendiéndose a la salud como un derecho, exigible por todos los chilenos. Esa salud que contribuye al desarrollo económico y que se nutre del mismo desarrollo.

Es por ello que se ha observado que no existe sistema de salud ni reforma que pueda utilizarse de receta para los países en América. Parece mejor para los sistemas de salud ser perfeccionados incrementalmente, en ambientes de cooperación cercana entre todos los involucrados. Ello permite aprovechar lo bueno existente e ir corrigiendo lo que no está bien.

Las reformas entonces serán los saltos cualitativos y cuantitativos logrados en los sistemas en pos de una mayor equidad, efectividad, eficiencia y satisfacción de las personas.

Al **finalizar** cada Capitulo se tendrá la comparación del Sistema de Seguridad Social del país correspondiente con el Sistema de Seguridad Social Mexicano, y por ultimo terminaremos con las conclusiones en donde se expone la interpretación del autor y los resultados más significativos de la investigación, así como un anexo que contiene graficas con información de los países investigados.

I CAPITULO

I.I DATOS GENERALES

Nombre Oficial: República de Argentina.

Capital: Buenos Aires.

I.I.I DATOS GEOGRÁFICOS

Ubicación: Al norte limita con Bolivia y Paraguay, al este con Brasil, Uruguay y el Océano Atlántico, al sur y oeste con Chile.

Extensión: 2,779,221 km²

I.I.II DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- **Población:** 34,587,000 de habitantes (1995)
- **Densidad:** 11.73 hab./ km²
- **Población urbana:** 88% (1995)
- **Crecimiento demográfico anual:** 1.22% (1990-95)
- **Mortalidad infantil:** 26 fallecidos menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos (1994)
- **Tasa de natalidad:** 20.4 por cada 1,000 habitantes (1990-95)
- **Tasa de mortalidad:** 8.2 por cada 1,000 habitantes (1990-95)

I.I.III DATOS ECONÓMICOS

- **Moneda:** 1 peso argentino = 1 dólar EAU (julio 1994)
- **PNB per capita:** 7,220 dólares (1993)
- **Importaciones:** 8,100 millones de dólares (1991)

- **Exportaciones:** 11,975 millones de dólares (1991)
- **Principales productos de exportación:** Alimentos y animales vivos 39.1%; petróleo y derivados 21.2%; productos manufactureros 16.3%; aceites vegetales 10.6%; maquinaria y equipo de transporte 6%; productos químicos 5.3% (1991)
- **Principales mercados:** Brasil 11.8%; Antillas Neerlandesas 11.4%; EAU. 10.3%; Alemania 5.8%, Italia 5.2%; España 3.9%; Japón 3.7%; Chile 3.6% (1992)
- **Deuda externa:** 63,707 millones de dólares (1991)

I.I.IV DATOS CULTURALES

- **Idioma:** Español
- **Religión:** Católicos 89.9%; protestantes 3%; no religiosos 2.4%; judíos 2%
- **Alfabetismo:** 95.3% (1990)

I.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

I.II.I VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE

Primeras leyes: 1994 (comercio), 1946 (industria), y 1954 (trabajadores rurales). De 1904 a 1958 se han dictado leyes para categorías especiales.

Leyes actuales 1967 y 1968. (En septiembre de 1993, se creó un sistema paralelo de capitalización individual)

Tipo de programa: Régimen de seguro social.

a) Campo de aplicación

Asalariados y trabajadores independientes. Existen regímenes separados (disposiciones iguales) para empleados públicos y privados y trabajadores independientes.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: 10% de los ingresos. El 21% si es trabajador independiente. En actividades agrícolas, la cotización se sustituye por un impuesto sobre productos agrícolas; para los deportistas profesionales de fútbol, se sustituye en las entradas a los partidos.

Empleado: 16% de la nómina.

Gobierno: 90% de la cotización del asegurado, más el costo de pensiones subordinadas a examen de recursos.

El gobierno también paga un porcentaje de los recibos del impuesto al valor agregado (IVA) y de los recursos brutos de las privatizaciones de las empresas del Estado Nacional y de otras propiedades afines.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Pensión por vejez: 60 años de edad (hombres) o 55 (mujeres), o 65 y 60 años, respectivamente, para trabajadores independientes con 20 años de empleo, incluyendo 15 de cotización. Debe estar en actividad para calificar, a menos que cumpla con las adquisiciones de derechos dentro de cinco años de alcanzar la edad normal para jubilarse.

Se puede compensar dos años de edad excedentes de la edad de jubilación por cada año de cotización que le falte. La edad de retiro y los años de cotización y servicio exigidos son rebajado en cinco años por trabajos peligrosos o insalubres. Se otorga pensión reducida a 65 años de edad (70 si es trabajador independiente) con 10 años de servicio, de los cuales al menos cinco en los últimos ocho años.

Se reduce la pensión si el pensionado continúa ejerciendo un trabajo remunerado.

El pago en el extranjero requiere autorización administrativa.

d) Pensión por invalidez: Se requiere la pérdida del 66% de la capacidad de ganancia (invalidez total) y estar empleado al acaecer la invalidez.

No hay periodo de calificación mínimo para tener derecho a la pensión. Deben tener al menos tres años de seguro en el caso de los asegurados voluntarios.

Si el afiliado tiene por lo menos 10 años de cotización, puede calificarse si la invalidez comenzó dentro de los cinco años siguientes al cese de trabajo y tiene derechos a beneficio.

Pensiones a sobrevivientes: Al momento de fallecer el difunto debía reunir las condiciones exigidas para recibir una pensión o ser pensionado.

e) Prestaciones por vejez

Pensión por vejez: 70% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos 10 años, más aumentos por aplazamiento de jubilación, 8% después de tres años, 10% después de cuatro años y 12% después de cinco años, hasta la pensión máxima de 82% (Trabajadores independientes: 100% del promedio de ingresos). La pensión reducida es el 60% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos cinco años.

(Trabajadores independientes: 70% del promedio de ingresos.)

Pensión mínima: 1'500,000 pesos mensuales. La pensión máxima es de 7'600,000 pesos (Desde septiembre de 1991). Se reduce la pensión al mínimo, si el beneficiario continúa trabajando.

Frecuencia de pagos: Se pagan 13 pensiones mensuales al año.

f) Prestaciones por invalidez

Pensión por invalidez: 70% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos 10 (trabajadores independientes, 100% del promedio de ingresos).

Pensión mínima y máxima: Igual que para la pensión por vejez.

Invalidez parcial: Proporción de la pensión de invalidez total correspondiente al porcentaje de pérdida de capacidad.

Frecuencia de pagos: Se pagan 13 pensiones mensuales al año.

Ajuste: Se ajustan las pensiones trimestralmente a las variaciones del 10% o más del índice general de los salarios.

Asignación subordinada a examen de recursos: 40,000 pesos mensuales pagadera a la edad de 70 años a personas necesitadas sin derecho a pensión.

g) Prestaciones a los sobrevivientes

Pensión a los sobrevivientes: 75% de la pensión pagada o pagadera al asegurado.

El cónyuge recibe 50% de la pensión; el resto se divide en partes iguales entre los demás sobrevivientes. El cónyuge recibe la pensión íntegra, si no hay hijos, padres o abuelos.

Los sobrevivientes con derecho, en orden de prioridad son: Viuda de cualquier edad; viuda inválido a cargo, hijos menores de 18 años (21 si es estudiante); padres a cargo; nietos huérfanos o hermanos y hermanas menores de 18 años (21 si es estudiante), si estaban a cargo del asegurado.

Sin límite de edad si son inválidos.

Pensiones máxima: 100% de la pensión del asegurado.

Frecuencia de pagos: Se pagan 13 pensiones mensuales al año.

Subsidio de gastos de sepelio: Tres salarios mínimos de mensuales.

h) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: control general por medio de su Secretaría de Estado de Seguridad Social.

Instituto Nacional de Previsión Nacional: administración del régimen.

I.II.II ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Primera ley: 1934 (maternidad).

Leyes actuales: 1968 (maternidad), 1974 (enfermedad) y 1980 (prestaciones médicas).

Tipo de programa: Régimen de seguro social (prestaciones médicas), régimen de responsabilidad patronal (prestaciones de enfermedad) y régimen relacionado con el empleo (prestaciones de maternidad).

a) Campo de aplicación

Prestaciones por enfermedad en dinero: Asalariados.

Prestaciones médicas: Asalariados y pensionados, excluyendo a las fuerzas armadas, la policía y empleados públicos, provinciales y municipales.

Prestaciones por maternidad en dinero: Mujeres empleadas, salvo personal doméstico. Se permite liberarse de afiliación.

Afiliación voluntaria para personas anteriormente empleadas.

(Las personas de 70 años o más de edad con 10 años de residencia en el país, pero que no sean ni asegurados ni a cargo, tienen derecho a asistencia médica gratuita.)

b) Procedencia de los fondos

Prestaciones médicas: Asegurados: 3% de los ingresos, más 1% por cada persona a cargo cubierta además de cónyuge o hijo.

Los pensionados cotizan 3% de la pensión de seguridad social. (Si el trabajador se libera de afiliación por prestaciones médicas se sigue descontando el 10% de la cotización del asegurado y el total de la cotización del empleador para fines de la seguridad social.)

Empleador: 4.5% de la nómina, más 0.9% pagadera al Instituto Nacional de Obra Sociales.

Gobierno: Subvenciona la cobertura de personas que de otra manera no tendría derecho.

Prestación por maternidad en dinero: Es financiada mediante el régimen de asignaciones familiares.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestaciones en dinero por maternidad: 10 meses de empleo continuo anterior al parto o un mes de empleo en la colocación actual y 6 meses de empleo en los 12 meses anteriores a la colocación actual.

Prestaciones en dinero por enfermedad: Asalariados y pensionados.

Prestaciones médicas: Asalariados y pensionados.

d) Prestaciones por enfermedad y maternidad

Prestación por enfermedad: 100% de salario hasta seis meses para los asalariados con cinco años. Se pagan durante el doble del tiempo indicado a los trabajadores con personas a cargo. (El Código Comercial exige a los empleados pagar los salarios íntegros de los trabajadores durante un máximo de tres a seis meses de enfermedad o ausencia debida a un accidente no originado por el trabajo)

Prestación por maternidad: 100% de los ingresos.

Pagadera durante 90 días (30 o 45 días antes y 60 o 45 días después del parto, según preñara la asegurada).

e) Prestaciones médicas a los trabajadores asegurados

Prestaciones médicas: Asistencia médica y hospitalaria.

Trabajadores que se suscriben en servicios públicos o privados contratados por el Instituto Nacional de Obras Sociales.

f) Prestaciones médicas a las personas a cargo

Prestaciones médicas para personas a cargo: Igual que para el asegurado para la esposa, hijos menores de 18, o 21 si es hija soltera, (21 si es estudiante, sin límite si son inválidos).

Si se paga la cotización adicional otras personas a cargo del asegurado tienen derecho a los servicios.

g) Organización administrativa

Ministerio de Salud y Acción Social: Control general.

Instituto Nacional de Obras Sociales: Coordinación y administración del programa por medio de los sindicatos.

Secretaría de Seguridad Social: Administración de las prestaciones por maternidad.

I.II.III ACCIDENTES DE TRABAJO

Primera y actual ley: 1915.

Tipo de programa: Responsabilidad patronal / seguro obligatorio a cargo de asegurador privado.

a) Campo de aplicación

Asalariados de los sectores públicos y privados.

Se excluye al personal doméstico.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: Ninguna

Empleador: El costo íntegro, mediante el procedimiento directo de prestaciones o primas de seguro.

Gobierno: Ninguna.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestaciones por accidentes de trabajo: No se exige período mínimo de calificación, pero la incapacidad debe durar más de cuatro días.

d) Prestaciones por incapacidad temporal

Prestación por incapacidad temporal: 85% de los ingresos el primer mes y 100% de los ingresos cada uno de los 11 meses siguientes.

Pagadera hasta el restablecimiento o certificación de incapacidad permanente. (Se presume que la incapacidad es permanente si dura más de un año)

e) Prestación por invalidez

Prestación por incapacidad permanente: Suma a tanto alzado de 1,000 salarios diarios, en caso de incapacidad total. Se paga además de cualquier pensión ordinario de invalidez.

Subsidio máximo: El salario mínimo mensual legal multiplicado por 120.

Incapacidad parcial: Suma a tanto alzado igual al promedio del sueldo diario perdido multiplicado por 1,000 días.

Suplemento por asistencia permanente: 50% de la pensión; excluido del subsidio máximo.

f) Prestaciones médicas a los trabajadores asegurados

Prestaciones médicas: El costo de la asistencia médica, prótesis y productos farmacéuticos incumbe al empleado.

g) Prestaciones a los sobrevivientes

Prestación a los sobrevivientes: Suma a tanto alzado de 1,000 salarios diarios. Se paga además de cualquier otra pensión ordinaria de sobrevivientes.

Máxima: El salario mínimo mensual legal multiplicado por 120. Pagadera al cónyuge, hijos y otros parientes a cargo, según las leyes sobre herencias.

Subsidio de gastos de sepelio: El costo es de hasta un máximo de tres salarios mínimos.

h) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: aplicación de la ley por medio de la caja de accidentes de trabajo de la Dirección Nacional de Protección Social.

Los empleadores pueden subrogar su responsabilidad en una compañía de seguros privados o en una mutual patronal.

I.II.IV DESEMPLEO

Primera y actual ley: 1967 (empleados del sector de construcción) y 1991 (Régimen de seguro social).

a) Campo de aplicación

Asalariados. Los asalariados en el sector de construcción tienen un programa por separado; personal doméstico, y empleados públicos, debido a la reorganización administrativa, son desempleados.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: 1% de los ingresos.

Empleador: 1% de la nómina.

Gobierno: Ninguna, con excepción de fondos temporarios como una parte de los recursos brutos de las privatizaciones de las empresas del Estado Nacional y de otras propiedades afines.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestación por desempleo: 12 meses de cotización anteriores a la fecha del desempleo. La persona debe ser registrada, capaz y disponible para trabajo adecuado y no estar recibiendo cualquier prestación de seguridad social.

d) Prestaciones por desempleo

Las prestaciones sobre el nuevo sistema de aplicación general consiste en 60% de los ingresos más altos en los seis meses anteriores a la fecha del desempleo. La duración de la prestación varía entre cuatro, ocho, o 12 meses, dependiendo del número de cotizaciones.

Los obreros de la construcción reciben una prestación de cesantía igual a un salario mensual por cada año de servicio hasta un máximo mensual igual a tres veces el salario mínimo legal.

I.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES

Primera ley: 1957.

Ley actual: 1968.

Tipo de programa: Régimen relacionado con el empleo.

a) Campo de aplicación

Tanto los asalariados como pensionados y beneficiarios de prestaciones están subordinados a examen de recursos. Se excluye al personal doméstico.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: Ninguna.

Empleador: 9% de la nómina.

Gobierno: El costo de las prestaciones para los pensionados y beneficiarios de prestaciones, subordinados a examen de recursos.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Asignaciones familiares: El hijo debe ser menor de 15 años (21 si es estudiante; sin límite si es inválido).

Subsidio de casamiento o nacimiento: Seis meses de empleo actual continuo o un mes de empleo en la colocación actual, y seis meses de empleo en los 12 meses anteriores a la colocación actual.

Subsidio prenatal: Tres meses de empleo.

Prestaciones de cónyuge, hijo y estudiante: Asalariado o pensionado.

d) Prestaciones de asignaciones familiares

Las asignaciones familiares son (cuantías de febrero de 1993): La prestación mensual varía según la región geográfica: La esposa o esposo inválido a cargo reciben de 15 a 60 pesos mensuales.

Para cada hijo, 20 a 80 pesos mensuales (cuatro veces más si es inválido); Prestaciones de estudiante, 3 a 12 pesos mensuales para cada estudiante primario, 4.50 a 18 pesos mensuales para cada estudiante secundario, suplemento para familia grande es de 3 a 12 pesos mensuales; asistencia para escuela primaria, de \$130 a 520 pesos mensuales (cuatro veces mas si es inválido).

Suplemento pagadero a título de las vacaciones de enero.

Subsidio prenatal: 20 a 80 pesos mensuales.

Subsidio por nacimiento: 200 pesos o 1,200 pesos en caso de adopción (todas las regiones).

Subsidio por casamiento: 300 pesos (todas las regiones).

e) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Secretaría de Seguridad Social: control general.

Cajas de Subsidios Familiares para la Industria, Comercio y Estiba: administración del programa; administrativo por consejos bipartitos.

Los empleadores pagan las asignaciones directamente a sus propios empleados y abonan sólo los excedentes o déficit de las cotizaciones debidas a la caja respectiva.

Dirección Nacional de Protección Social, administración de las asignaciones subordinadas a examen de recursos.

I.III SISTEMA DE SALUD

I.III.I RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

El sistema de servicios de salud en la está integrado por tres subsectores: público, obras sociales y privado, cuyos servicios se hallan distribuidos heterogéneamente en 23 provincias, la Capital Federal y cientos de municipios que gozan de gran autonomía para organizar y ejecutar acciones de salud. A pesar de esta complejidad y fragmentación, un rasgo estructural importante es que los servicios son diferentes pero interdependientes, debido a la existencia de una forma de financiamiento que los economistas denominan de "subsidio a la oferta" por parte de la seguridad social y de los fondos públicos, y por una modalidad de pago por, "unidad de servicios" según un nomenclador que resulta de una negociación entre financiadores y prestadores. Este modelo está en crisis y se buscan nuevas formas de estructuración y funcionamiento del sistema de salud del país.

Actualmente existe un intenso debate sobre el futuro del sistema de servicios, centrado principalmente en los aspectos de financiamiento de las prestaciones de atención médica. El papel protagónico lo tienen los economistas o técnicos de salud preocupados por el problema de los costos y de la eficiencia. Se parte de una premisa que hoy tiene consenso: que en el futuro inmediato habrá severas restricciones del gasto y que se tiene que reorientar ese gasto y ganar en eficiencia. Así mismo, el eje del debate gira en torno a la disyuntiva entre los modelos de "subsidio a la oferta" y "subsidio a la demanda".

La reestructuración del sistema de salud abarca dos estrategias básicas: la descentralización y un cierto grado de desregulación. Estas estrategias sirven de base política y económica para las principales reformas sanitarias en marcha: la reforma del sistema de obras sociales, la redefinición del funcionamiento de los servicios públicos de atención médica y el cambio del papel de la Secretaría de Salud de la Nación.

En el mercado de la reforma del Estado, la Secretaría de Salud ha procedido a transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción, cancelando así, después de varios quinquenios, todo un ciclo histórico de responsabilidad directa del Estado. La Secretaría mantiene un conjunto de institutos nacionales y unidades de gestión con funciones esenciales de definición de políticas y articulación con las provincias, regulación, control, normalización y apoyo técnico, sobre los elementos críticos y las definiciones estratégicas del sistema de atención.

En los últimos lustros la evolución del sector salud se caracterizó por desequilibrios que tendieron a agudizarse en la segunda mitad de los años ochenta. A pesar de que se mantuvo el dinamismo privado (nuevos sanatorios, empresas de prepago y aumento de la tecnología de alta complejidad), se presentaron evidentes signos de crisis de esa forma de organización. La contracción del mercado y el quiebre de mecanismos tradicionales de financiamiento de la seguridad social ocasionaron la desarticulación de este subsector.

Al mismo tiempo, la infraestructura pública, ya en situación crítica, debió afrontar la demanda de sectores cadenciados, incluidos aquellos desprotegidos por la caída de la cobertura de las obras sociales.

Es de notar que desde hace muchos años los servicios públicos nacionales, provinciales y municipales se encuentran en situación de fragilidad estructural y funcional para dar respuesta a esta demanda.

En este marco, en los últimos tres años en diversos ámbitos del sector aparecieron iniciativas públicas y privadas para enfrentar esta situación crítica. Entre los mecanismos orientados a buscar nuevas formas de racionalidad en la asignación de recursos se hallan la aplicación de nomencladores globalizados, la descentralización de los restantes hospitales públicos del nivel nacional a otros niveles, programas de

acreditación y categorización de sanatorios, la liberación del valor de la consulta en la seguridad social y la mayor difusión del formulario terapéutico. Otras iniciativas de importancia que están en marcha son el modelo de autosugestión para el hospital público y el programa de garantía de calidad de la atención.

Un hecho significativo para el sector salud fue la promulgación de las políticas nacionales de salud en julio de 1992, que plantea como líneas fundamentales el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud bajo criterios de localización poblacional, y la redefinición y reorientación del papel del sector salud del Estado en función de los procesos de federalización y descentralización. En este proceso adquiere importancia el desarrollo de los recursos humanos y la capacidad en materia de regulación y control de medicamentos, tecnología, alimentos e insumos críticos. En esta última área se ha creado la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.

Otra línea política definida como prioritaria es el desarrollo de programas y actividades para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La Dirección Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo ejecuta diversos programas de investigación para revertir la situación de falta de información sobre salud de los trabajadores, entre los que se encuentra la Encuesta Nacional sobre Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y un diagnóstico sobre aspectos específicos del trabajo infantil.

El Departamento de Medicina del Trabajo del Ministerio de Salud y Acción Social, con apoyo del Programa Nacional de Asistencia Técnica a los Sectores Sociales, también trabajan en diversos programas de diagnóstico epidemiológicos e intervención en esta área.

I.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

El sistema de servicios está orientado a la atención médica reparativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. El desarrollo de la atención primaria de salud es más bien declarativo, y en la mayoría de aquellas jurisdicciones en que se impulsó se organizó como "programas" de primer nivel de atención. No obstante, tanto la política nacional como las de las provincias y municipios mantienen la definición de atención primaria de salud como estrategia básica.

En la actualidad son los servicios provinciales y municipales los que atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a aquellos que, si bien teóricamente están cubiertos, tienen limitaciones de acceso por razones económicas o geográficas. Estos constituyen la infraestructura de servicios mayor y más extendida en el territorio nacional.

A pesar de la crisis que atraviesan, los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas obras sociales, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social.

El subsector de obras sociales, que pasa por una fase de reestructuración, comprende una docena de tipos de entidades según su naturaleza institucional (sindicales, estatales, de administración mixta, provinciales, de personal de dirección, etc.), y más de 300 entidades que prestan servicios a sus afiliados por rama productiva, de las cuales casi 85% son coordinados por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL); el resto corresponde a entidades de la seguridad social de la administración pública provincial y municipal, al Poder Judicial, al Poder Legislativo y a las Fuerzas Armadas y la Policía. Se estima que cubre de 22 millones de personas (alrededor del 74% de la población nacional), de los cuales 18 millones se encuentran en la esfera de la ANSSAL.

Se caracteriza por tener escasa infraestructura propia y contratar casi todos los servicios con prestadores privados (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos, etc.), comportándose como organismo de financiamiento.

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos: los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares afiliados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga, y los establecimientos asistenciales (de diverso porte, nivel de complejidad y resolutivez y poder económico) contratados por las obras sociales. Se encuentran también entidades sin fines de lucro, como algunos hospitales de comunidades étnicas.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de las empresas de medicina prepaga que se encuentra agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga; esta última representa a las empresas sin servicios propios. Un censo realizado en 1989 registró 79 empresas de medicina prepaga en la Capital Federal y 50 en el Gran Buenos Aires, con un millón y medio de beneficiarios. En 1992 se estimaba que había 240 entidades en todo el país, con 2500,000 beneficiarios.

I.III.III LA INFRAESTRUCTURA DE ATENCIÓN MÉDICA

En 1986 la Secretaría de Salud de la Nación informaba que en el país existían unos 6,500 consultorios y ambulatorios, 3,180 hospitales y 147,000 camas.

En 1990 el Programa de Asistencia Técnica a los Sectores Sociales realizó una encuesta de utilización de servicios y gasto en atención médica para la Capital Federal y el Gran Buenos Aires. Se estudiaron los establecimientos asistenciales según tipo de servicio (ambulatorio, internación, diagnóstico y tratamiento, producción, investigación

o fiscalización), Casi la mitad de los establecimientos son ambulatorios (48%), seguidos de los de internación (31%), y de diagnóstico y tratamiento (91%).

El subsector privado posee la mayor parte de esta infraestructura (62% de los servicios) seguido por el subsector público (30%) y, en menor cuantía, las obras sociales (7.4%).

La distribución de camas muestra que existen 44,300 camas disponibles en la región metropolitana. Dos terceras partes son de atención a problemas agudos. De ellos, 58% pertenecen al subsector público, 35% al privado y 7% a las obras sociales.

El subsector público posee el 53% de las camas para afecciones agudas y el 67% de las camas para afecciones crónicas, mientras que las obras sociales tienen el 9% de las de afección agudas y el subsector privado el porcentaje restante. No se dispone de información actual, confiable y desagregada sobre producción y rendimiento de los servicios a nivel nacional.

I.III.IV RECURSOS HUMANOS

Hasta la fecha han sido las instituciones educativas, de atención médica y laborales las que señalaron los criterios de desarrollo de los recursos humanos.

Debido a los cambios macro estructurales que se dan en el país, se operan importantes modificaciones de la práctica de la medicina como respuesta a los cambios en la organización de la atención médica. Existe una fuerte tendencia a la especialización en todas las categorías, debido a la incorporación tecnológica y su papel en la valorización de determinadas prácticas. Por otro lado, se observa una caída de las remuneraciones con consecuencias negativas para el desempeño del personal, incremento de la relación de dependencia, empleo múltiple, subempleo y trabajo precario.

De acuerdo con la información secundaria, consultas efectuadas a colegios y asociaciones gremiales, y algunas proyecciones oficiales y privadas, se estima que el número de médicos en actividad en 1992 era de aproximadamente 90,000. Su distribución geográfica es desigual, tanto regionalmente como dentro de cada región, entre áreas urbanas y rurales. La distribución de profesionales médicos por provincia no ha experimentado variaciones significativas. Por un lado, desde 1980 no se han producido cambios en la localización geográfica de nuevas escuelas de medicina y, por otro, no se han aplicado en el período políticas orientadas a estimular o promocionar la reubicación de profesionales.

Esta situación responde en parte al hecho de que las universidades en las que se forman los médicos se localizan en los grandes centros urbanos (Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Rosario, La Plata, Tucumán y Corrientes), que son los que a su vez ofrecen las mayores posibilidades de inserción ocupacional, debido a que en ellos se concentra la mayor parte del ingreso y del desarrollo de los servicios en sus distintas modalidades y niveles de complejidad. Esta característica facilita la incorporación al mercado de trabajo, no solo en forma autónoma sino, fundamentalmente en los últimos años, a través de diversas formas de trabajo asalariado. Debido también a las particularidades de la estructura de servicios, la mayor parte de la oferta de residencias médicas se concentra en los conglomerados urbanos.

Se observa una fuerte tendencia a la práctica especializada, orientada desde la formación y reforzada por las condiciones del mercado, la creciente introducción de tecnología compleja y la consecuencia reorganización de los servicios. Varios estudios coinciden en señalar que en la Argentina el grado de especialización es elevado (entre el 50% y el 60% del total de los médicos). No se dispone de información completa y exhaustiva sobre el ejercicio de las especialidades médicas, ya que los mecanismos de acreditación son múltiples y no hay un riesgo médico. Sin embargo, a partir de la información proveniente de diversas asociaciones y sociedades de especialistas, es

posible consignar algunos datos que, debido a las características de las instituciones de las que provienen, representan los valores mínimos correspondientes a cada especialidad. Si se compara el número de médicos estimado con el número de especialistas detectado por el elevamiento de las principales especialidades, se puede constatar que dos de cada tres médicos se desempeñaría en tal carácter. Este porcentaje llega al 80% de los médicos con más años de graduación.

En cuanto a la enfermería, según estimaciones hechas en 1989 por el área de enfermería de la Dirección Nacional de Recursos Humanos y la OPS, e información proporcionada por la Federación Argentina de enfermeras, existen aproximadamente 69,000 profesionales en total, de los cuales 18,000 son enfermeros (incluidos licenciados), 26,000 auxiliares de enfermería y 25,000 empíricos. Si bien el número total en estos últimos tres años registra un incremento del orden del 5%, no alcanza para acompañar el crecimiento de la población en el mismo período. La categoría superior, correspondiente al personal con formación terciaria, habría experimentado una disminución absoluta en razón de la existencia de mejores condiciones en mercados de trabajo del exterior.

De este modo se agudiza la escasez de personal de enfermería y se incrementa la razón médico / enfermeros: el país cuenta con cinco médicos por cada enfermero frente a las cifras consideradas como aceptables de tres enfermeros por médico. Asimismo, la relación de enfermeros por 10,000 habitantes fue de 5.2 en 1992.

La formación de recursos humanos en salud en la que se lleva a cabo en instituciones universitarias y de servicios, públicos y privados, y en centros de formación de técnicas en diferentes campos de la actividad asistencial. Entre 1991 y 1992, en momentos en que el ritmo de expansión de la matrícula superior presentaba una tendencia a la desaceleración, se autorizó la apertura de cuatro nuevas escuelas privadas, de las cuales dos ya han comenzado a funcionar y las otras tenían previsto hacerlo en 1994. Tres se localizan en la Capital Federal, y una, en la provincia de Entre Ríos.

El personal de enfermería se forma en el nivel terciario universitario y no universitario, en un gran número de instituciones, y en cada una de las dos categorías: profesionales y auxiliares. Los enfermeros se forman en 95 instituciones de las cuales 21 son de nivel universitario, 45 terciarias no universitarias dependientes del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud, y 29 están en la órbita del Ministerio de Educación a través del Servicio Nacional de Enseñanza Privada. La práctica se centra en los componentes biológicos de los procesos de salud-enfermedad, sin considerar los condicionantes sociales a partir de los cuales esos procesos tienen lugar.

De modo general podría afirmarse que la formación de recursos humanos en salud se encuentra en una fase crítica. La mayoría de las universidades y centros de formación pública, en los que se forma alrededor del 95% de los profesionales del sector, han experimentado un severo recorte en las partidas presupuestales provenientes del Estado. A las deficiencias coyunturales señaladas en la formación de grado se agrega la rigidez estructural que caracteriza a las instituciones académicas para incorporar, a la velocidad que su impacto lo requiere, los cambios tecnológicos y el caudal de información adicional que su desarrollo conlleva. En consecuencia, la formación de pos grado es imprescindible para el adiestramiento profesional.

I.III.V SALUD Y MEDIO AMBIENTE

El Gobierno promulgó en 1989 la ley sobre las privatizaciones, participación del capital privado y concesiones de servicios públicos. Esta medida determinó cambios substanciales en los servicios de agua potable, recolección y tratamiento de líquidos cloacales de la región metropolitana de Buenos Aires, donde los servicios públicos dependían de la empresa estatal Obras Sanitarias de la Nación (OSN).

Con la privatización de OSN (concesión por 30 años, a una empresa privada internacional, de la provisión de agua potable y de desagüe cloacales), las funciones

de control y fiscalización que ejercía OSN fueron transferidas a la nueva Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano (SRNAH). Esta entidad, creada en 1991 en el marco de la reforma del Estado, tiene formalmente poder de policía para el fomento, la protección, la recuperación y el control del medio ambiente y la conservación de los recursos naturales. En ese mismo año se emitieron normas que sancionaban hasta con US \$ 100,000 las infracciones de contaminación directa o indirecta de los cursos de agua.

El país tiene una organización institucional diversa y fragmentada para dar respuesta a los problemas. A nivel nacional, además de la SRNAH (Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente Humano), los Ministerios de Salud y Acción Social, Economía, Interior, Defensa y Relaciones Externas y la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la Nación, mantienen organismos directamente relacionados con el medio ambiente. Por su parte, diversas instituciones provinciales y municipales comparten también responsabilidades muy amplias, ya que pocas competencias fueron delegadas a la Nación. Por ello, no siempre las normas y procedimientos generados a nivel nacional son adoptados por las provincias. Además, en el país existen cerca de 700 organizaciones no gubernamentales que trabajan en la protección de ecosistemas y de la calidad de vida de la población, y alrededor de 700 organizaciones comunitarias que realizan gestiones efectivas de servicios de agua y desagüe para sus respectivas poblaciones.

I.III.VI PROGRAMA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS

Además de la reestructuración técnica y política del Ministerio de Salud y Acción Social y de la Secretaría de Salud, la forma del Estado ha tenido como consecuencia una reorientación de las estrategias y los programas de las diversas unidades técnicas. A la definición de políticas y normas, y a la regulación y el control de los servicios (en sentido amplio) y los recursos, se agregaron responsabilidades de cooperación técnica a las provincias y municipalidades. Como resultado de la estrategia global de descentralización, las unidades provinciales responsables de los programas de salud han adquirido una mayor vitalidad e importancia.

Entre los principales programas se destaca el de atención de salud de la madre y el niño. Se formuló el Compromiso Nacional en favor de la Salud de la Madre y el Niño que establece metas y estrategias nacionales, y para el cual la acción de las provincias es el elemento esencial y aumentaron significativamente los fondos nacionales para la ejecución de los programas provinciales, los que progresivamente están alcanzando mayores niveles de gestión.

Con financiamiento externo se está ejecutando un programa de salud materno infantil y nutrición orientado al desarrollo y mejoramiento de una red de servicios y programas de atención integral en el primer nivel. Aplicando estrategias de localización de grupos de riesgo socioeconómico, en un primer momento cubrirá un 25% de las jurisdicciones provinciales.

El programa de inmunización alcanzó altos niveles de cobertura y vigilancia para las vacunas mejoró su integración con los programas provinciales y lleva a cabo una campaña nacional para la eliminación del sarampión.

Otro programa que han merecido un interés especial a nivel nacional y provincial han sido los de control del cólera y del SIDA. La prestación de casos de cólera durante dos

años consecutivos dio lugar a una intensa movilización para enfrentar la situación: se establecieron varios programas de comunicación social, educación sanitaria, capacitación de personal y dotación de servicios y, en los lugares afectados (principalmente en las zonas Noroeste y Noreste) se realizaron algunas inversiones en saneamiento básico.

Existe un programa nacional de control del SIDA al que se han adherido casi todas las provincias y que realiza y apoya acciones de mejoramiento de laboratorios de diagnóstico, atención médica a los enfermos, y programas de comunicación y educación a la población a grupos de riesgo. Hay una intensa movilización de organizaciones no gubernamentales y grupos de interés que llevan a cabo actividades independientes y programas de apoyo.

I.III.VII MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS

La Argentina es un país con un gasto alto en medicamentos (según datos de 1985, US \$ 38 por habitante). En 1985 había 13,400 medicamentos registrados y 1,500 de ellos se hallaban en el mercado bajo 3,400 nombres distintos. En el V Congreso Argentino del Medicamento (1990) se informó un gasto de US \$ 80 por habitante.

Recientemente se promulgó un decreto que regula la prescripción de medicamentos por su nombre o denominación genérica y que intenta promover una mayor transparencia y competencia en el mercado de medicamento como base para el mayor acceso de la población. Luego de intensas negociaciones y reformulaciones normativas se ha avanzado en un nuevo registro nacional de medicamentos que incluye unos 8,000 medicamentos y establece la incorporación obligatoria del nombre genérico en el envase. Asimismo se creó y puso en funcionamiento un organismo para controlar y fiscalizar la calidad de los medicamentos, químicos, reactivos, insumos de diagnóstico y tratamiento, alimentos y producción de higiene y tocador. Además tiene

funciones de vigilancia sobre eficacia y efectos adversos de los medicamentos, alimentos y otros productos, así como de controlar de la tecnología médica.

I.III.VIII INVESTIGACIÓN EN SALUD

La Argentina posee una rica tradición en investigación científica en salud, especialmente en el área biomédica, y fue uno de los primeros países de la Región en organizar una entidad estatal orientada a la promoción y el desarrollo de la actividad científica. Sin embargo, de acuerdo con un estudio reciente la situación de la investigación tiende a desmejorar.

En los años transcurridos desde el primer censo nacional de recursos en ciencia y técnica (1969) hasta el último elevamiento (1988) ha disminuido el número del personal y de los proyectos de investigación en salud humana, aunque continúa constituyendo el 30% del conjunto de la investigación científica. La mayor parte de las unidades de investigación dependen del Estado (en su mayoría son universitarias), con una escasa participación del sector privado. La actividad científica en salud se concentra en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires (60% de las unidades); le siguen Córdoba y Cuyo.

El 70% de las investigaciones corresponden a biomedicina y el 10% a química. Las ciencias sociales dan cuenta de solamente 2% de los proyectos, aunque el 4% de los investigadores pertenecen a estas disciplinas. Entre el 25 y el 30% de las investigaciones se orientan a enfermedades sobre todo neoplasias, enfermedades del aparato digestivo y enfermedades parasitarias (el 90% de este rubro corresponde a la enfermedad de Chagas), 25% a biología (estudios celulares y moleculares), 18% a técnicas y 11% a salud pública.

I.IV COMPARACIÓN MÉXICO – ARGENTINA

El Sistema de Seguridad Social en **Argentina**, a nivel vejez, invalidez y muerte, es aplicado a los asalariados y trabajadores públicos. Así mismo, existen regímenes separados para los empleados públicos, privados y trabajadores independientes. La afiliación es voluntaria para personas menores de 55 años que son inactivos; la procedencia de los fondos se aplica de la siguiente manera, siendo el Asegurado quien da él 10 por ciento (10 %) de los ingresos, el 21 por ciento (21 %) si es trabajador independiente (En actividades agrícolas, la cotización se sustituye por un impuesto sobre productos agrícolas, para los deportistas profesionales de fútbol, se sustituye en las entradas a los partidos), el Empleador da el 16 por ciento (16 %) de la nómina y el Gobierno da el 90 por ciento (90 %) de la cotización del asegurado, más el costo de pensión subordinadas a examen de recursos.

En **México** la financiar las prestaciones de invalidez y vida, a los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para esta prestación, el 1.65 por ciento (1.65 %) sobre el salario base de cotización, respectivamente. (Artículo 147).

Para las prestaciones para vejez y cesantía en edad avanzada, en el ramo de retiro el patrón pagara el 2 por ciento (2 %) del salario base de cotización del trabajador; En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, a los patrones y a los empleados les corresponde cubrir las cuotas del 3.150 por ciento (3.150 %) y 1.125 por ciento sobre el salario base de cotización, respectivamente. Además, el Gobierno Federal aportará mensualmente, por concepto de cuota social, una cantidad inicial equivalente al 5.5 por ciento (5.5 %) del salario mínimo general para el Distrito Federal, por cada día de *salario cotizado*.

Un beneficio importante en **México** es que las empresas tendrán la obligación y derecho de revisar anualmente su siniestralidad, con forme al periodo y dentro del periodo que señale el reglamento, para determinar si permanecen en la misma prima, se disminuye o aumenta.

Esto es con el fin de que a menor riesgos de trabajo menor serán las primas que se tendrá que pagar.

La prima conforme a la cual estén cubriendo sus cuotas las empresas podrán ser modificadas, disminuyéndola o aumentándola en una proporción no mayor al 0.01 del salario base de cotización con respecto a la del año inmediato anterior, tomando en consideración los riesgos de trabajo terminados durante el lapso que fije el reglamento, con independencia de la fecha en que éstos hubieran ocurrido.

Estas modificaciones no podrán exceder los límites fijados para la prima mínima y máxima, que serán de 0.25 por ciento (0.25 %) y .15 por ciento (.15 %) de los salarios base de cotización respectivamente. **(Artículo 74)**

Para obtener la pensión por invalidez en **Argentina**, se requiere la pérdida del 66% de la capacidad de ganancia (invalidez total) y estar empleado al acaecer la invalidez.

No hay periodo de calificación mínimo para tener derecho a la pensión. Deben tener al menos tres años de seguro en el caso de los asegurados voluntarios.

Si el afiliado tiene por lo menos 10 años de cotización, puede calificarse si la invalidez comenzó dentro de los cinco años siguientes al cese de trabajo y tiene derechos a beneficio.

El Pensionado por invalidez tendrá derecho al, 70% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos 10 (trabajadores independientes, 100% del promedio de ingresos).

La Pensión mínima y máxima será igual que para la pensión por vejez.

Invalidez parcial: Proporción de la pensión de invalidez total correspondiente al porcentaje de pérdida de capacidad. Con respecto a la frecuencia de pagos, se pagarán 13 pensiones mensuales al año y se ajustarán las pensiones trimestralmente a las variaciones del 10% o más del índice general de los salarios.

Una ventaja del Sistema de Seguridad Social en Argentina es que se tiene la Asignación subordinada a examen de recursos, esto es 40,000 pesos mensuales pagadera a la edad de 70 años a personas necesitadas sin derecho a pensión.

Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez en **México** se requiere al declararse ésta el asegurado tenga acreditados el pago de doscientas cincuenta semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el sesenta y cinco por ciento (75 %) o más de la invalidez sólo se requerirá que tenga acreditadas ciento cincuenta semanas de cotización (150 semanas de cotización; 1 cotización es igual a 7 días). (**Artículo 122**)

La pensión por **invalidez en México**, al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al setenta por ciento (70 %) del salario en que estuviere cotizando. En el caso de enfermedades de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. (**Artículo 58 frac. II**).

Pensión a los sobrevivientes en **Argentina** otorga, 75% de la pensión pagada o pagadera al asegurado. El cónyuge recibe 50% de la pensión; el resto se divide en partes iguales entre los demás sobrevivientes. El cónyuge recibe la pensión íntegra, si no hay hijos, padres o abuelos.

Los sobrevivientes con derecho, en orden de prioridad son: Viuda de cualquier edad; viuda inválido a cargo, hijos menores de 18 años (21 si es estudiante); padres a cargo; nietos huérfanos o hermanos y hermanas menores de 18 años (21 si es estudiante), si estaban a cargo del asegurado.

Sin límite de edad si son inválidos.

Pensión por invalidez a los sobrevivientes en **México**, a la viuda o concubina (5 años viviendo con ella o él) será del 90% de la que hubiere correspondido al asegurado

(Artículo 130 y 131). La pensión orfandad se le entregara a los hijos del asegurado menores de 26 años si se encuentran estudiando, la pensión será de veinte por ciento de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando.(Artículo 135). Si no existieran viuda, huérfanos ni concubina con derecho a pensión, ésta se otorgará a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o pensionado por invalidez fallecido por una cantidad igual al veinte por ciento (20 %) de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer.(Artículo 137)

Para gozar de la pensión por vejez en **Argentina** es necesario que el asegurado tenga, el 70% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos 10 años, más aumentos por aplazamiento de jubilación, 8% después de tres años, 10% después de cuatro años y 12% después de cinco años, hasta la pensión máxima de 82% (Trabajadores independientes: 100% del promedio de ingresos). La pensión reducida es el 60% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos cinco años.(Trabajadores independientes: 70% del promedio de ingresos.)

Pensión **mínima** es de 1'500,000 pesos mensuales. La pensión **máxima** es de 7'600,000 pesos (Desde septiembre de 1991). Se reduce la pensión al mínimo, si el beneficiario continúa trabajando; Respecto a la frecuencia de pagos, se pagarán 13 pensiones mensuales al año.

En **México**, para gozar de las prestaciones del ramo de cesantía en edad avanzada, se requiere que el asegurado tenga reconocidas ante el Instituto del Seguro Social un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales (1250 cotizaciones semanales). (Artículo 154)

Los asegurados que reúnan los requisitos establecidos, podrán disponer de su cuenta individual con el objeto de disfrutar de una pensión de cesantía en edad avanzada (La edad para esta prestación es a los 60 años o más). (Artículo 157)

El asegurado podrá pensionarse antes de cumplir las edades establecidas, siempre y cuando la pensión que se le calcule en el sistema de renta vitalicia sea superior en más del treinta por ciento (30 %) de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobre vivencia para sus beneficiarios.

El pensionado tendrá derecho a recibir el excedente de los recursos acumulados en su cuenta individual en una o varias exhibiciones, solamente si la pensión que se le otorgue es superior en más del treinta por ciento (30 %) de la pensión garantizada, una vez cubierta la prima del seguro de sobre vivencia para sus beneficiarios. La disposición de la cuenta así como de sus rendimientos estará exenta del pago de contribuciones. **(Artículo 158)**

Para efectos de la Ley del Seguro Social en **México**, se entenderá por:

1. Cuenta individual, aquella que se abrirá para cada asegurado en las Administradoras de Fondos para el Retiro, para que se depositen en la misma las cuotas obrero – patronales y estatales por concepto del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, así como los rendimientos.
2. Individualizar, el proceso mediante el cual se identifica la parte que se abona a las sub cuentas correspondientes a cada trabajador de los pagos efectuados por el patrón y el Estado, así como los rendimientos financieros que se generen;
3. Pensión, la renta vitalicia o el retiro programado;
4. Renta vitalicia, el contrato por el cual la aseguradora a cambio de recibir los recursos acumulados en la cuenta individual se obliga a pagar periódicamente una pensión durante la vida del pensionado;
5. Retiros programados, la modalidad de obtener una pensión fraccionando el monto total de los recursos de la cuenta individual, para lo cual se tomará en cuenta la esperanza de vida de los pensionados, así como los rendimientos previsibles de los saldos;

6. Seguro de sobre vivencia, aquel que se contrata por los pensionados, por riesgos de trabajo, por invalidez, por cesantía en edad avanzada o por vejez, con cargo a los recursos de la suma asegurada, adicionada a los recursos de la cuenta individual a favor de sus beneficiarios para otorgarles la pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones en dinero previstas en los respectivos seguros, mediante la renta que se les asignará después del fallecimiento del pensionado, hasta la extinción legal de las pensiones. **(Artículo 159)**

En **México**, en caso de fallecimiento del pensionado a consecuencia del riesgo de trabajo, la pensión y demás prestaciones económicas a que se refiere la Ley del Seguro Social, referente a los beneficiarios; si al momento de producirse el riesgo de trabajo, el asegurado hubiere cotizado cuando menos ciento cincuenta semanas, el seguro de sobre vivencia también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas a riesgos de trabajo o enfermedades profesionales.

Para las prestaciones médicas, en enfermedad y maternidad en **Argentina** se tiene:

El Asegurado aportará el 3 por ciento (3 %) de los ingresos, más 1 por ciento (1 %) por cada persona a cargo cubierta además de cónyuge o hijo.

Los pensionados cotizan 3 por ciento (3 %) de la pensión de seguridad social. (Si el trabajador se libera de afiliación por prestaciones médicas se sigue descontando el 10 por ciento (10 %) de la cotización del asegurado y el total de la cotización del empleador para fines de la seguridad social.), el Empleador a portará el 4.5 por ciento (4.5 %) de la nómina, más 0.9 por ciento (.09 %) pagadera al Instituto Nacional de Obra Sociales; y por ultimo el Gobierno subvenciona la cobertura de personas que de otra manera no tendría derecho.

Las prestaciones por maternidad y enfermedad son las siguientes, enfermedad 100% de salario hasta seis meses para los asalariados con cinco años. Se pagan durante el doble del tiempo indicado a los trabajadores con personas a cargo. (El Código

Comercial exige a los empleados pagar los salarios íntegros de los trabajadores durante un máximo de tres a seis meses de enfermedad o ausencia debida a un accidente no originado por el trabajo). En maternidad 100% de los ingresos, pagaderos durante 90 días (30 o 45 días antes y 60 o 45 días después del parto, según preñara la asegurada).

Para tener estos derechos en maternidad en **Argentina**, es necesario tener 10 meses de empleo continuo anterior al parto o un mes de empleo en la colocación actual y 6 meses de empleo en los 12 meses anteriores a la colocación actual; y para enfermedad es necesario ser asalariados y pensionados.

Además en **Argentina** se tiene, prestaciones médicas, tales como asistencia médica y hospitalaria, los trabajadores que se suscriben en servicios públicos o privados contratados por el Instituto Nacional de Obra Social.

Las prestaciones médicas para personas a cargo de los **asegurados Argentinos**, son igual que para el asegurado para la esposa, hijos menores de 18, o 21 si es hija soltera, (21 si es estudiante, sin límite si son inválidos).

Si se paga la cotización adicional otras personas a cargo del asegurado tienen derecho a los servicios.

Por otro lado en **Argentina** existe un subsidio de casamiento o nacimiento, seis meses de empleo actual continuo o un mes de empleo en la colocación actual, y seis meses de empleo en los 12 meses a la colocación actual; así para el subsidio prenatal, tres meses de empleo, esta prestación es para el cónyuge, hijo y estudiante asalariado o pensionado.

El Seguro Social de **México**, establece que para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad

avanzada y vejez, los patrones y los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de 1.5 por ciento (1.5 %) sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el 1.05 por ciento (1.05 %), a los trabajadores el 0.365 por ciento (.365 %) y al estado el 0.065 por ciento (0.065 %). **(Artículo 25)**

La asegurada **mexicana** tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100 por ciento (100 %) del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala, es necesario que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha en que deberá comenzar el pago del subsidio. **(Artículos 101 y 102)**

Además existe una prestación para el asegurado o el esposo de la asegurada, en el cual al nacer su hijo, tendrá derecho a gozar de una semana de no trabajar.

Las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en **México** se financiarán en la forma siguiente:

- I. Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al trece punto nueve por ciento (13.9 %) de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal;
- II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal; se cubrirá además de la cuota establecida, una cuota adicional patronal equivalente al seis por ciento (6 %) y otra adicional obrera del dos por ciento (2 %), de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y

- III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento (13.9 %) de un salario mínimo general para el Distrito Federal. (Artículo 106)

Para **México** quedan amparado por este seguro, la esposa del asegurado, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Así como los hijos del asegurado y sus dependientes económicos. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.

Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúna, en su caso, los requisitos del párrafo anterior. (**Artículo 84**).

Con respecto a las prestaciones por incapacidad temporal en **Argentina**, tenemos que se le otorga al asegurado el 85 por ciento (85 %) de los ingresos el primer mes y 100 por ciento (100 %) de los ingresos cada uno de los 11 meses siguientes. Pagadera hasta el restablecimiento o certificación de incapacidad permanente (Se presume que la incapacidad es permanente si dura más de un año).

El Asegurado **mexicano** que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a la incapacidad si es dictaminada por una autoridad médica. Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento (100 %) del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo. El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentra capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas (52 semanas) que dure la atención médica como consecuencia del accidente. Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al sesenta por ciento (60 %) del salario en que estuviere cotizando (**Artículo 58**).

En **Argentina** tenemos en prestación por invalidez, que el asegurado que presente incapacidad permanente tiene derecho a la suma a tanto alzado de 1,000 salarios diarios, en caso de incapacidad total. Se paga además de cualquier pensión ordinario de invalidez. El subsidio máximo es el salario mínimo mensual legal multiplicado por 120. La incapacidad parcial del asegurado otorga una suma a tanto alzado igual al promedio del sueldo diario perdido multiplicado por 1,000 días.

En el suplemento por asistencia permanente tiene derecho al 50 % de la pensión, excluido del subsidio máximo.

Dentro de las prestaciones a los sobrevivientes, suma a tanto alzado de 1,000 salarios diarios. Se paga además de cualquier otra pensión ordinaria de sobrevivientes. Siendo el salario mínimo mensual legal multiplicado por 120, pagadera al cónyuge, hijos y otros parientes a cargo, según las leyes sobre herencias, el salario mínimo mensual legal es multiplicado por 120, el costo es de hasta un máximo de tres salarios mínimos.

Una ventaja muy importante en **Argentina** que **México** no tiene, es el Seguro de Desempleo, el cual es aplicado a los asalariados, los asalariados en el sector de construcción tienen un programa por separado, personal domestico, y empleados públicos, debido a la reorganización administrativa, son desempleados.

La procedencia de los fondos es la siguientes, 1 por ciento (1 %) de los ingresos del asegurado, el empleador otorga el 1 por ciento (1 %) de la nómina.

Para tener derecho a este seguro, es necesario tener el asegurado 12 meses de cotización anteriores a la fecha del desempleo. La persona debe ser registrada, capaz y disponible para trabajo adecuado y no estar recibiendo cualquier prestación de seguro social.

Las prestaciones sobre el nuevo sistema de aplicación general consiste en 60 % de los ingresos más altos en los seis meses anteriores a la fecha del desempleo. La duración de la prestación varia entre cuatro, ocho, o 12 meses, dependiendo del numero de cotizaciones.

Los obreros de la construcción reciben una prestación de cesantía igual a un salario mensual por cada año de servicio hasta un máximo mensual igual a tres veces el salario mínimo legal.

Además dentro de las asignaciones familiares se tiene que, existe un subsidio de casamiento o nacimiento, el cual se otorga al tener seis meses de empleo actual continuo o un mes de empleo en la colocación actual, y seis meses de empleo en los 12 meses anteriores a la colocación actual. El subsidio prenatal consta de tres meses de empleo. Aproximadamente el subsidio prenatal es de 20 a 80 pesos mensuales, el subsidio por nacimiento es de 200 pesos a 1,200 pesos en caso de adopción, y el subsidio por casamiento es de 300 pesos (todas las regiones).

Las asignaciones familiares son: La prestación mensual varía según la región; La esposa o esposo inválido a cargo reciban de 15 a 60 pesos mensuales. Para cada hijo 20 a 80 pesos mensuales (cuatro veces si es inválido); Prestaciones de estudio, 3 a 12 pesos mensuales para cada estudiante primario, 4.50 a 18 pesos mensuales para cada estudiante secundario, suplemento para familia grande es de 3 a 12 pesos mensuales; asistencia para escuela primaria.

La asegurada mexicana tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100 por ciento (100 %) del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala, es necesario que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el período de doce meses anteriores a la fecha en que deberá comenzar el pago del subsidio. **(Artículos 101 y 102)**

Además los asegurados **mexicanos** tienen derecho a la ayuda para gastos de matrimonio, el asegurado tiene derecho a retirar ayuda para gastos de matrimonio y proveniente de la cuota social aportada por el Gobierno Federal en su cuenta individual, una cantidad equivalente a treinta días de salario mínimo general que rija en el Distrito Federal.

El requisito que se pide para esta prestación es que, el asegurado tenga acreditado un mínimo de 150 semanas de cotización en el seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, en la fecha de celebración del matrimonio.

II CAPITULO

II.I DATOS GENERALES

Nombre Oficial: República de Colombia

Capital: Bogotá

II.I.I DATOS GEOGRÁFICOS

Ubicación: Limita al Norte con el mar Caribe; al Este con Venezuela y Brasil; al Sur con Perú y Ecuador; y al Oeste con el Océano Pacífico y Panamá.

Extensión: 1,141,748 km²

II.I.II DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- Población: 35,101,000 habitantes (1995)
- Población urbana: 73% (1995)
- Densidad poblacional: 29.8 hab. (1993) km²
- Crecimiento demográfico anual: 1.66% (1990-95)
- Mortandad infantil: 32 fallecidos menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos (1994)
- Tasa de natalidad: 24 por cada 1,000 habitantes (1990-95)
- Tasa de mortandad: 6 por cada 1,000 habitantes (1990-95)

II.I.III DATOS ECONÓMICOS

- **PNB per cápita:** 1,400 dólares (1993)
- **Crecimiento anual promedio:** 1.2% (1990-91)
- **Moneda:** 850.57 pesos = dólar EAU. (feb. 1995)
- **Tasa de inflación anual:** 25% (1981-92)

- **Importaciones:** 4,967 millones de dólares (1991)
- **Exportaciones :** 7.209 millones de dólares (1991)
- **Principales productores de exportación:** Petróleo y derivados 28.8%, café 18.4%, textiles confeccionados 7.7%, frutas 6.1%; flores 3.9%; hierro y acero 2.4% (1991)
- **Principales mercados:** EUA 40.5%; Alemania 11%; Venezuela 3.4%; Francia 3.1%; Suiza 2.8%.
- **Deuda externa:** 17,369 millones de dólares (1991)

II.I.IV DATOS CULTURALES

- **Alfabetismo:** hombres. 82%; mujeres 88%.
- **Idioma :** español (oficial)
- **Religión:** católicos 95.4%; otros 1.1%

II.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

II.II.I VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE

Primera y actual ley: 1946 (entró en vigor en 1965).

Tipo de programa. Régimen de seguro social.

(El Código del Trabajo exige a los empleadores proveer en lo general prestaciones semejantes a los empleados, Absorbiendo los gastos en las regiones donde el seguro social no haya sido implementado, todavía).

a) Campo de aplicación

Asalariados de la industria y comercio en la mayoría de las regiones y los trabajadores independientes, personal doméstico y el clero.

El régimen se está extendiendo a todas las regiones del país.

Existen regímenes especiales para los empleados públicos en el ámbito nacional y local (persona docente, ferroviarios, militares y policía nacional).

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: 2.17% de los ingresos, según categorías de salario.

Empleador: 4.33% de la nómina, según la categoría de salario.

Gobierno: Subviene a la cotización del personal doméstico.

El ingreso mínimo para fines de cotización y prestaciones es el salario mínimo legal (respecto al personal doméstico la mitad del salario mínimo), el máximo es de 15 veces el mínimo (El salario mínimo el 1o. de enero de 1991 era 5 1,720 pesos mensuales).

c) Condiciones de adquisición de derechos

Pensión por vejez: Edad 60 (hombres) o 55 (mujeres). 500 semanas de cotización en los últimos 20 años.

Existe la jubilación anticipada en ciertas profesiones, con 750 semanas de cotización, o pensión por servicio prolongado con 1,000 semanas de cotización.

Pensión por Invalidez: Pérdida de 50% de la capacidad de ingreso normal. 1 50 semanas de cotización en los últimos seis años, o con 300 semanas, cualquiera que sea el periodo.

Pensiones a sobrevivientes: Si el difunto reunía las condiciones para la pensión de vejez o invalidez, o era pensionado al fallecer.

d) Prestaciones por vejez

Pensión por vejez: 45% del promedio de los ingresos durante los últimos tres años, más 3% de los ingresos por cada 50 semanas de cotización que sobrepasen las 500 semanas.

La pensión no puede ser superior a 90% del salario mensual base o ser inferior al salario mínimo mensual (El salario mensual base es igual a 0.0433% del total de los salarios semanales para fines de cotización en las últimas 100 semanas).

La pensión máxima es de 15 veces el salario mínimo.

Suplemento por personas a cargo: La esposa de 60 años o más de edad o inválida, 14% de la pensión mínima.

Por cada hijo menor de 16 años (18 si es estudiante, sin límite si es inválido), 7% de la pensión mínima.

Suplemento máximo: 42% de la pensión mínima.

Frecuencia de pagos: Se pagan 13 pensiones al año.

Ajuste: Se ajustan las pensiones anualmente por variaciones de salarios.

e) Prestaciones por invalidez

Pensión por invalidez: 45%, 51% o 57% del salario mensual de base, según los tres niveles de incapacidad, más un incremento de 3% por cada 50 semanas que haya cotizado, y que sobrepasen 500 semanas.

La pensión no puede ser superior a 90% del salario mensual base (véase la pensión por vejez) o inferior al salario mínimo mensual.

Suplemento por asistencia permanente: 10% de los ingresos.

Suplemento por persona a cargo: Esposa de 60 años inválida, 14% de la pensión mínima.

Frecuencia de pagos: Se ajustan las pensiones anualmente por variaciones de salarios.

f) Prestaciones a los sobrevivientes

Pensión a sobrevivientes: 50% de la pensión del asegurado.

En caso de cotizaciones insuficientes, aunque no inferiores a 100 semanas, se otorga una pensión reducida que consiste en un mes de pensión por cada 25 semanas de cotización.

Huérfanos: 20% de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 16 años (18 si es estudiante, sin límite si es inválido), 30% si es huérfano de padre y madre.

Padres o abuelos a cargo: 20% de la pensión del asegurado.

Pensión máxima de los sobrevivientes: 100% de la pensión del asegurado.

Frecuencia de pagos: Se pagan 13 pensiones al año.

Subsidio por gasto de sepelio: El costo real, pero no menos de cinco, hasta un máximo de 10 veces el salario mínimo.

g) Organización administrativa

Instituto de Seguros Sociales: administración nacional de programa.

Supervisado por el Consejo Nacional de Seguros Sociales obligatorios y el Interventor General de la República.

Cajas seccionales y oficinas locales, establecidas y controladas por el Instituto: administración local de las cotizaciones y prestaciones

II.II.II. ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Primera ley: 1938.

Ley actual: 1946 (entró en vigor en 1949).

Tipo de programa: Régimen de seguro social. Prestaciones en dinero y médicas.
(El Código de Trabajo exige a los empleadores mayores proveer en lo general prestaciones semejantes a los empleados corriendo con los gastos en las regiones donde el seguro social no haya sido implementado, todavía.)

a) Campo de aplicación

Asalariados de la industria y comercio personal doméstico, el clero y los trabajadores independientes y las personas a cargo. Trabajadores agrícolas en algunas regiones. Los pensionados y personas a cargo también son cubiertas por las prestaciones médicas.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: 2.33% de los ingresos según las categorías de salario (4% si las personas a cargo son cubiertas). Los pensionados 2% de la pensión.

Empleador: 4.67% de la nómina según las categorías de salario (8% si son cubiertas las personas a cargo de los empleados).

Gobierno: Véase la cotización de pensión

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestación por enfermedad, en dinero y médica: cuatro semanas de cotización inmediatamente antes de la solicitud.

Prestación por maternidad en dinero: 12 semanas de cotización en los últimos nueve meses (Cuatro semanas de cotización inmediatamente antes de la solicitud).

d) Prestaciones por enfermedad y maternidad

Prestación por enfermedad: 66.66% de los ingresos.

Se paga después de un periodo de espera de tres días hasta 180 días (Se puede ampliar a 360 días al 50% de los ingresos).

Prestación por maternidad: 100 % de los ingresos durante 12 semanas, comenzando dos semanas antes del parto. Pagaderas a los padres de niños adoptados menores de

7 años de edad. El esposo o compañero tiene derecho a una semana de licencia paternal.

e) Prestaciones médicas a los trabajadores asegurados

Prestaciones médicas para personas a cargo: La esposa recibe la misma asistencia por maternidad que la asegurada. El recién nacido del asegurado o asegurada recibe asistencia pediátrica durante 12 meses. Las personas a cargo reciben las mismas prestaciones médicas que asegurado en ciertas regiones

g) Organización administrativa

Instituto de Seguros Sociales, administración nacional de programa. Supervisado por la Superintendencia de Salud, el Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios y el Interventor General de la República.

Cajas seccionales y oficinas locales, administración local de las cotizaciones y prestaciones.

II.II.III ACCIDENTES DE TABRAJO

Primera ley: 1916.

Ley actual: 1946 (entró en vigencia 1964).

Tipo de programa: Régimen de seguro social

a) Campo de aplicaciones

Asafariado de la industria y comercio.

Se excluye a los trabajadores independientes y el clero.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: Ninguna.

Empleador: 0.28% a 7% de la nómina, según el grado de riesgo.

Gobierno: Ninguna.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestaciones por accidentes de trabajo: No se exige período mínimo de calificación.

d) Prestaciones por incapacidad temporal

Prestación por incapacidad temporal: 100% de los ingresos durante las primeras 26 semanas; en lo sucesivo 66.66% de los ingresos. Pagadera hasta el restablecimiento o certificación de incapacidad permanente.

e) Prestaciones por invalidez

Pensión por incapacidad permanente: 60% de los ingresos, en caso de incapacidad total para el trabajo habitual.

Suplemento: 10% de los ingresos en caso de incapacidad para cualquier ocupación, o 25% si se requiere asistencia permanente.

Suplementos por personas a cargo: 14% de la pensión mínima para la esposa y 7% para cada hijo.

Incapacidad parcial: Porcentaje de la pensión total proporcional al grado de incapacidad de 5% a 20%.

f) Prestaciones médicas a los trabajadores asegurados

Prestaciones médicas: Asistencia médica, quirúrgica, de hospitalización, medicados, prótesis y transporte.

g) Prestaciones a los sobrevivientes.

Prestación a los sobrevivientes: 25% de los ingresos del asegurado, o 30% si se trata de viuda inválida. También se paga al viudo inválido a cargo.

Huérfanos: 5% de los ingresos del asegurado por cada huérfano menor de 18 años (sin límite si es inválido), o 25% si es huérfano de padre y madre.

Padres o abuelos a cargo: 20% de la pensión del asegurado.

Pensiones máximas de los sobrevivientes: 100% de la pensión de incapacidad total del asegurado.

Subsidio para gastos de sepelio: un mes de ingresos del asegurado.

h) Organización administrativa

Instituto de Seguros Sociales: administración nacional del programa.

Supervisado por el Consejo Nacional de Seguros Sociales

Obligatorios y el Interventor General de la República.

Cajas seccionales y oficinas locales, administración local de las cotizaciones y prestaciones.

II.II.IV DESEMPLEO

Sector público: El código de trabajo estipula que por despido sin justa causa, el empleador debe conceder un mes de salario por año de servicio (con interés del 12%), más una indemnización de 45 días de salario, más 15, 20 o 30 días de salario por

cada año de servicio que sobrepase del primero si hay entre 1 a 5 años, 5 a 10 años o más de 10 años de servicio, respectivamente.

Sector privado: Los derechos obtenidos según el sistema público son transferidos al nuevo programa de cesantía al principio de enero de 1991. El programa es voluntario para empleados cubiertos bajo el sistema del sector público y obligatorio para nuevos trabajadores desde la misma fecha.

II.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES

Primera ley: 1957

Leyes actuales: 1963 y 1982.

Tipo de programa Régimen relacionado con el empleo.

a) Campo de aplicación.

Todos los asalariados.

b) Procedencia de los fondos.

Asegurado: Ninguna.

Empleador: 4% de la nómina.

Gobierno: Ninguna, excepto como empleador.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Asignaciones familiares: El hijo debe ser menor de 18 años (23 años si es estudiante, sin límite si es inválido). Los padres mayores de 60 años, o 60% incapacitados se califican también. El padre o la madre debe haber completado 60 días de empleo continuo para un mismo empleador, de los cuales no menos de 96 horas

fueron acreditadas durante los últimos 25 días de trabajo; asimismo, el ingreso mensual no debe exceder cuatro veces el salario mínimo.

d) Asignaciones familiares

Asignaciones familiares: Varían según las cajas; se calcula como un cociente entre los ingresos de cada caja y el número de hijos que cubre, pagadera en dinero o especie. El hijo incapacitado en un 60% o más recibe una asignación doble.

e) Prestaciones a sobrevivientes

Asignación a la esposa sobreviviente: Pago de 12 mensualidades a la esposa sobreviviente o custodio de los hijos a cargo.

Si muere la persona a cargo se paga a la familia una suma a tanto alzado de 12 pagos mensuales.

f) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: control general de las cajas.

Superintendencia de Subsidios de Familia, supervisa las cajas de compensación familiar, administradas localmente por organizaciones, sin fines de lucro.

II.III SISTEMA DE SALUD

II.III.I LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

Las políticas de salud, durante la década de los años ochenta estuvieron enmarcadas dentro de tres planes de desarrollo: el **Plan de Integración Nacional** (1979-1982), el **de Cambio con Equidad** y el **Plan Económico Social** (1987-1990), los cuales han hecho hincapié en el aumento de cobertura, el incremento en la eficiencia del gasto y

la mejoría de la equidad en su distribución. En los planes se destaca la permanencia de los propósitos centrales y la preocupación por los grupos menos favorecidos. Los planes han cambiado su énfasis a través de programas especiales, entre los que cabe mencionar: las Jornadas Nacionales de Vacunación (iniciadas en 1984), el **Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo de la Infancia**, desde 1985, que luego se denominó Supervivir y que está orientado a los menores de cinco años y a mujeres de 15 a 44 años, y **Salud Básica para Todos**, que persigue el desarrollo de la atención primaria y que se expresó a través de programas de localización como el **Plan Nacional de Rehabilitación y del Desarrollo Rural Integrado**.

El plan de desarrollo vigente se ha denominado **La Revolución Pacífica (1990-1994)**, e incorpora a las líneas ya mencionadas para los planes precedentes, el desarrollo de sistemas de atención sustentados en esquemas de seguridad social, subsidios a la demanda, así como criterios de equidad y distribución. Los objetivos son: acelerar la descentralización, aumentar la participación de la comunidad, extender la cobertura y mejorar la gestión dentro del sector.

En la segunda mitad de la década de 1980 se desarrolló la política de localización del gasto social que consistió en generar nuevos programas y en reforzar aquellas partidas con mayor impacto distributivo; esta política abarcó alrededor del 37% del gasto social. En 1988, el conjunto de gastos localizados en educación y salud representó el 1.5% del **PIB**.

La Ley 12 de 1987 dotó con recursos financieros a los municipios para permitirles una *capacidad real de decisión*, con la participación en el impuesto a las ventas. La Ley 10 de 1990, hizo posible e impuso una descentralización administrativa y financiera del sector salud, con los principios básicos de modernización de la gestión hospitalaria, refinanciación del sector, establecimiento de la carrera administrativa, fomento de la participación de la comunidad y *declaración de los servicios de salud como un servicio público*.

El Decreto 1216, de 1989. Operativizó la descentralización entre las comunidades y autoridades locales, creando los comités de participación comunitaria en puestos y centros de salud y en los hospitales. Las fundaciones de los comités consisten en intervenir en la planificación de los servicios, en la determinación de las prioridades, en el control de calidad y costos y en diversos aspectos de la administración. En 1991 la Constitución Nacional de Colombia reconoció y ratificó la participación social y comunitaria, y en 1992 se creó el **Consejo Nacional Comunitario**, como organismo que agrupa a los delegados de los comités de participación comunitaria de los diferentes niveles departamentales. Sin embargo, en la práctica sigue predominando la participación como colaboración

El gobierno actual tiene como objetivos generales de política ambiental, comprometer de manera activa a todos los sectores productivos, la empresa privada y la ciudadanía en la generación de los recursos humanos, científicos, productivos, económicos, legales y operativos, que permitan la recuperación de la base natural del país, de manera que se garantice una oferta ambiental suficiente, sobre la cual sustentar un desarrollo económico y social sano.

Durante la década de los años ochenta las principales características del gasto en salud se pueden resumir así:

- Disminución de la participación en el **PIB**: 7.1% en 1980 y 6.1% en 1990.
- En los años de depresión, el gasto privado tendió a crecer en el pago de servicios profesionales y de atención hospitalaria, mientras que en los períodos de recuperación, aumentó a importancia relativa en el gasto de medicamentos, El gasto de los hogares se mantuvo en el del PIB.
- En el nivel central, la participación de salud en el presupuesto total descendió continuamente a partir de 1980
- En valores absolutos, el gasto público se deterioró en 1980-1985, pero se recuperó en 1986-1987

- Las cifras del situado fiscal (remesas a los departamentos), tuvieron un comportamiento anticíclico.
- La disminución en el gasto en 1984-1985 se debió principalmente a la inversión.
- Fue bastante clara la tendencia a disminuir la importancia relativa de los gastos de infraestructura y a concentrarse en atención las personas.

Una de las reformas más profundas del sector, a raíz de la nueva Constitución de 1991, fue la reorganización del sistema de financiación para la salud, mediante la creación del Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social. Esta nueva entidad, adscrita al Departamento Nacional de Planeación, tiene como objeto cofinanciar la ejecución, en forma descentralizada, de programas y proyectos presentados por las entidades territoriales en los sectores de salud, educación, cultura, recreación, deportes y atención a los grupos de población más pobres y vulnerables.

El programa de Hogares Comunitarios del instituto Colombiano de Bienestar Familiar comenzó en 1977 con 1,600 niños, y en 1990 se habían establecido 48,000 hogares que atendían a niños. Los hogares son centros de cuidado diurno para niños menores de 7 años. El programa se financia con un impuesto del 3% a las nóminas. Desde 1984 se han venido realizando campañas de vacunación en forma continua.

El país sólo dedica 0.25% de su PIB a ciencia y tecnología; también es considerable la baja relación de investigadores / población del país. En 1990 se aprobó una ley por la que se crea y pone en funcionamiento el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. En la actualidad se avanza hacia la revisión de tecnologías en salud, la definición de prioridades de investigación, el fortalecimiento de grupos de investigadores, y la actualización de normas éticas para investigación en salud. En donde se promulgó el Decreto 1811, que reglamenta la presentación de servicios de salud para las comunidades indígenas, pero hasta el momento ha sido insuficientemente desarrollado en la práctica.

En 1990 se formuló el Plan Nacional de Salud Ocupacional, por cinco años, resultado del acuerdo y coordinación entre los Ministerios de Salud y del Trabajo.

II.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

a) Servicios de atención a las personas

La prestación de los servicios de salud se divide entre tres sectores: el sector oficial, que atiende a la población (aunque la cobertura real no parece superar el 39%). El sector de la seguridad social, que atiende al 22.4%, y el sector privado, que atiende al 12.6% y dentro del cual se ha desarrollado, en los últimos años, la modalidad de empresas de medicina prepagada. También forman parte del sistema las siguientes entidades, con carácter de establecimiento público o empresa. Adscritas al Ministerio de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, organismo de inspección, vigilancia y control del sector, en materia de inversión, adecuada utilización de los recursos y calidad en la prestación de los servicios.

El Instituto Nacional de Salud, encargado de la ejecución y coordinación de la investigación científica en salud biomedicina, así como de la promoción del desarrollo tecnológico y del servicio de laboratorio de referencia.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que tiene como principal objetivo proponer y fortalecer la integración y el desarrollo armónico de la familia, así como proteger al menor de edad y garantizarle sus derechos.

El Instituto Nacional de Cancerología, que formula los planes y ejecuta los proyectos relacionados con la investigación, la prevención y el tratamiento precoz del cáncer.

ECOSALUD, sociedad pública con carácter de empresa, cuyos socios son el Estado y las entidades territoriales y cuyo objeto es la explotación y administración, en beneficio del sector salud, de todas las modalidades de los juegos de suerte y azar.

El país contaba en 1991 con 956 instituciones hospitalarias y 45.841 camas (1.44 camas por cada 1,000 habitantes) El sector público contaba con 386 instituciones de primer nivel, 123 de segundo nivel y 31 de tercer nivel, en el área de atención hospitalaria. Para la atención ambulatoria existen 123 puestos de salud con camas, 829 centros de salud y 2,970 puestos de salud. La distribución espacial de las instituciones de salud hace que toda la población esté a un máximo de dos horas (a pie) de distancia de una institución. La seguridad social cuenta con 39 hospitales de segundo nivel y 292 centros de atención básica; el sector privado, con 288 hospitales y un número difícil de determinar de consultorios ambulatorios.

En cuanto a servicios de consulta externa, en 1986 se realizaron 15,117,550 consultas en el sector oficial y mixto y 17,991,394 en 1990. Los egresos hospitalarios por todos los sectores en 1985 fueron 1,709,272 y 1,683,143 en 1990. Entre 1986 y 1989 las consultas por cada 1,000 habitantes pasaron de 657 a 672, la cobertura de prevención odontológica de 13.9% a 18.0%; la cobertura de control de enfermedades, de 3.7% a 3.6%, las personas atendidas por promotora de 6,014 a 6,361 (1.9%), la cobertura rural de promotoras de 59.9% a 60.2%, los egresos hospitalarios por cada 1000 habitantes de 59.9 a 61.3, los egresos por cama / año de 37.8 a 40.7 (2.5%), el porcentaje de ocupación de las camas de 57.4% a 57.2%, y el promedio de días de estancia de 5.70 a 5.75.

b) Servicios de atención al medio ambiente

El país cuenta con una serie de instituciones responsables para, dar respuesta social en el área del medio ambiente. Las principales son: el Ministerio de Desarrollo, responsable de la supervisión y normatización del subsector agua potable y

saneamiento, y el Ministerio de Salud, responsable por el control de calidad de los sistemas de agua potable.

En relación con el programa de higiene de los alimentos, el presupuesto de 1991 fue 10 veces mayor que el de 1988, y ha sido asignado a la estructuración de un registro de enfermedades transmisibles por alimentos, laboratorios, desarrollo de procesos de capacitación, educación y promoción; y a la revisión, implementación y vigilancia de la legislación y normas, inclusive las relacionadas con el comercio exterior.

Hay una Dirección Nacional para la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres, dependiente del Ministerio de Gobierno, que tiene por función básica la coordinación interinstitucional. Los mayores logros alcanzados han sido los de permitir, auspiciar y apoyar los comités locales, que son las primeras instancias en atender dichas situaciones.

II.III.III RECURSOS DE SALUD

En 1991 el país contaba con 32,116 médicos, 16,076 odontólogos, 9,966 enfermeras, 32.138 auxiliares de enfermería y 7,640 promotoras de salud. El número de estos trabajadores ha aumentado desde 1987 en las siguientes proporciones: los médicos 28%, los odontólogos 26% las enfermeras 34%, las auxiliares de enfermería 14% y las promotoras 23%. Ese personal tiende a ubicarse en los centros urbanos, sin que se haya desarrollado una política consistente que los incentive a prestar servicio en áreas tradicionalmente desprotegidas.

El Instituto Nacional de Salud publicó en 1991 un análisis de la demanda y utilización de servicios en Colombia, del que se concluye que ha habido una disminución de consultantes al farmacéutico (del 1% al 0.4% entre 1980-89) y un aumento de consultas al médico (7.6% a 9.2%) y de las consultas en instituciones (54.6 a 72.6%). El número de egresos por 100 habitantes es de 5.2 y se mantiene estable.

El sector público presenta una utilización desequilibrada de la infraestructura física: es mayor para las instalaciones más técnicas y costosas, mientras que muchas de las instituciones básicas permanecen subutilizadas. Las insuficiencias de infraestructura no se derivan entonces de la inexistencia de instalaciones, sino más bien de sesgos en sus modalidades de uso.

En la actualidad las instituciones hospitalarias del sector oficial afrontan una serie de problemas críticos en materia de financiación, planificación, dirección y gestión, control administrativo y coordinación entre entidades sectoriales. Para afrontar esos problemas, el Ministerio de Salud viene aplicando una serie de medidas y programas tendientes a mejorar la gestión en dichas entidades, mediante la capacitación y la reglamentación institucional.

II.IV COMPARACION MÉXICO – COLOMBIA

APORTACIONES AL SEGURO SOCIAL

Colombia, la procedencia de los fondos para la prestación de vejez, invalidez y muerte se obtienen de la siguiente forma; el asegurado aporta el 2.17 por ciento (2.17%) de los ingresos, según la categoría de salario, el empleador el 4.33 por ciento (4.33%) de la nómina, según la categoría de salario y el Gobierno, subviene a la cotización del personal doméstico, el ingreso mínimo para fines de cotización y prestaciones es el salario mínimo legal (respecto a personal doméstico la mitad del salario mínimo), el máximo es de 15 veces el mínimo (El salario mínimo en 1991 era 51,720 pesos mensuales).

La procedencia de los fondos en **Colombia**, para prestaciones en enfermedad y maternidad, se obtienen del asegurado con el 2.33 por ciento (2.33 %) de los ingresos según las categorías de salario (4 % si las personas a cargo son cubiertas, los

pensionados 2 % de la pensión), el empleador el 4.6 por ciento (4.6 %) de la nómina según las categorías de salario (8 % si son cubiertas las personas de los empleados).

En **México** la financiar las prestaciones de invalidez y vida, a los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para esta prestación, el 1.65 por ciento (1.65 %) sobre el salario base de cotización, respectivamente. (Artículo 147).

Para las prestaciones para vejez y cesantía en edad avanzada, en el ramo de retiro el patrón pagara el 2 por ciento (2 %) del salario base de cotización del trabajador; En los ramos de cesantía en edad avanzada y vejez, a los patrones y a los empleados les corresponde cubrir las cuotas del 3.150 por ciento (3.150 %) y 1.125 por ciento sobre el salario base de cotización, respectivamente. Además, el Gobierno Federal aportará mensualmente, por concepto de cuota social, una cantidad inicial equivalente al 5.5 por ciento (5.5 %) del salario mínimo general para el Distrito Federal, por cada día de salario cotizado

El Seguro Social de **México**, establece que para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones y los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de 1.5 por ciento (1.5 %) sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el 1.05 por ciento (1.05 %), a los trabajadores el 0.365 por ciento (.365 %) y al estado el 0.065 por ciento (0.065 %). (Artículo 25)

Un beneficio importante en **México** es que las empresas tendrán la obligación y derecho de revisar anualmente su siniestralidad, con forme al periodo y dentro del periodo que señale el reglamento, para determinar si permanecen en la misma prima, se disminuye o aumenta.

Esto es con el fin de que a menor riesgos de trabajo menor serán las primas que se tendrá que pagar.

La prima conforme a la cual estén cubriendo sus cuotas las empresas podrán ser modificadas, disminuyéndola o aumentándola en una proporción no mayor al 0.01 del salario base de cotización con respecto a la del año inmediato anterior, tomando en consideración los riesgos de trabajo terminados durante el lapso que fije el reglamento, con independencia de la fecha en que éstos hubieran ocurrido.

Estas modificaciones no podrán exceder los límites fijados para la prima mínima y máxima, que serán de 0.25 por ciento (0.25 %) y .15 por ciento (.15 %) de los salarios base de cotización respectivamente. **(Artículo 74)**

La asegurada **mexicana** tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100 por ciento (100 %) del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala, es necesario que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el periodo de doce meses anteriores a la fecha en que deberá comenzar el pago del subsidio. **(Artículos 101 y 102)**

Las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, en **México** se financiarán en la forma siguiente:

- I. Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al trece punto nueve por ciento (13.9 %) de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal;
- II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal; se cubrirá además de la cuota establecida, una cuota adicional patronal equivalente al seis por ciento (6 %) y otra adicional obrera del dos por ciento (2 %), de la cantidad que resulte de

la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y

- III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento (13.9 %) de un salario mínimo general para el Distrito Federal. **(Artículo 106)**

Las prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad, en **Colombia** se financiarán en la forma siguiente;

- I. El empleador pagara el 4.67 por ciento de la nómina según las categorías de salario (8 por ciento si son cubiertas las personas a cargo de los empleados).
- II. El asegurado aportará el 2.33% de los ingresos según las categorías de salario (4 por ciento si las personas a cargo son cubiertas). Los pensionados 2% de la pensión.

Los asegurados **Colombia** para poder gozar de las prestaciones por enfermedad, en dinero y médico, teniendo cuatro semanas de cotización inmediatamente antes de la solicitud, con esto gozaran de;

- I. El 66 por ciento (66 %) de los ingresos por enfermedad. Se paga después de un periodo de espera de tres días hasta 180 días (Se puede ampliar a 365 días al 50 por ciento (50 %) de los ingresos).
- II. En prestaciones por maternidad tenemos el 100 por ciento (100 %) de los ingresos durante 12 semanas, comenzando dos semanas antes del parto. Pagaderas a los padres de niños adoptados menores de 7 años de edad. El esposo o compañero tiene derecho a una semana de licencia paternal.
- III. La esposa recibe la misma asistencia por maternidad que la asegurada. El recién nacido del asegurado o asegurada recibe asistencia pediátrica durante 12 meses. Las personas a cargo reciben las mismas prestaciones médicas que el asegurado en ciertas regiones.

Para **México** quedan amparado por este seguro, la esposa del asegurado, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Así como los hijos del asegurado y sus dependientes económicos. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.

Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúna, en su caso, los requisitos del párrafo anterior. **(Artículo 84)**

En Colombia quedan amparados por este seguro la esposa del asegurado así como sus hijos y dependientes económicos.

Las prestaciones por incapacidad en **México** para los asegurados son; El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero:

Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento (100 %) del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo.

El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentre capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas (52 semanas) que dure la atención médica como consecuencia del accidente, sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el artículo 61 de la ley del Seguro Social.

Esto es, al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total, se concederá al trabajador asegurado la pensión que le corresponda, con carácter provisional, por un periodo de adaptación de dos años.

Durante ese periodo de dos años, en cualquier momento el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá ordenar y, por su parte, el trabajador asegurado tendrá derecho a solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión.

Transcurrido el período de adaptación, se otorgará la pensión definitiva, la cual se calculará en los términos del artículo 58 de la ley del Seguro Social. **(Artículo 61)**

Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al sesenta por ciento (60 %) del salario en que estuviere cotizando. En el caso de enfermedades del trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión.

Igualmente, el incapacitado deberá contratar un seguro de sobre vivencia para el caso de su fallecimiento, que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho.

El seguro de sobre vivencia cubrirá, en caso de fallecimiento del pensionado a consecuencia del riesgo de trabajo, la pensión y demás prestaciones económicas a que se refiere la Ley del Seguro Social, referente a los beneficiarios; si al momento de producirse el riesgo de trabajo, el asegurado hubiere cotizado cuando menos ciento cincuenta semanas, el seguro de sobre vivencia también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas a riesgos de trabajo o enfermedades profesionales.

El Instituto otorgará a los pensionados por incapacidad permanente total y parcial con un mínimo de más del cincuenta por ciento de incapacidad, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciban. **(Artículo 58)**

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el Instituto del Seguro Social calculará el monto constitutivo al que se le restará los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido, a efecto de determinar la suma asegurada que el Instituto deberá cubrir a la institución de seguros, necesaria para obtener una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas a los beneficiarios.

Las pensiones y prestaciones a que se refiere este artículo serán:

- I. El pago de una cantidad igual a sesenta días (60 días) de salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento del asegurado.
- II. A la viuda del asegurado se le otorgará una pensión equivalente al cuarenta por ciento (40 %) de la que hubiese correspondido a aquél, tratándose de incapacidad permanente total. La misma pensión corresponde al viudo o concubinario que hubiera dependido económicamente de la asegurada.
- III. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, que se encuentren totalmente incapacitados, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento (20 %) de la que hubiese correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.
- IV. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, menores de dieciséis años, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento (20 %) de la que le hubiera correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total. **(Artículo 64)**

Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere al declararse ésta el asegurado tenga acreditado el pago de doscientas cincuenta (250 semanas de

cotización) semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el sesenta y cinco por ciento (65 %) o más de invalidez sólo se requerirá que tenga acreditadas ciento cincuenta (150 semanas de cotización) semanas de cotización.

El declarado en estado de invalidez de naturaleza permanente que no reúna las semanas de cotización señaladas en el párrafo anterior podrá retirar, en el momento que lo desee, el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en una sola exhibición. **(Artículo 122)**

La pensión por invalidez en **Colombia**, puede ser del 45 por ciento (45 %), 51 por ciento (51%) o 57 por ciento (57 %) del salario mensual de base, según los tres niveles de incapacidad, más un incremento de 3 por ciento (3 %) por cada 50 semanas que haya cotizado, y que sobrepasen 500 semanas.

La pensión no puede ser superior a 90 por ciento (90 %) del salario mensual base o inferior al salario mínimo mensual.

En prestaciones por incapacidad permanente en **Colombia** se le otorga el 60 por ciento (60 %) de los ingresos, en caso de incapacidad total para el trabajador habitual.

El suplemento es del 10 por ciento (10 %) de los ingresos en caso de incapacidad para cualquier ocupación, o 25 por ciento (25 %) si se requiere asistencia permanente.

Con respecto al suplemento por persona a cargo se tiene el 14 por ciento (14 %) de la pensión mínima para la esposa y el 7 por ciento (7 %) para cada hijo.

En México, cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, El Instituto del Seguro Social otorgará a sus beneficiarios, las siguientes prestaciones:

1. Pensión de viudez;
2. Pensión de orfandad;
3. Pensión a ascendientes;
4. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule.

En caso de fallecimiento de un pensionado por riesgo de trabajo, invalidez, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, las pensiones a que se refiere las fracciones I, II, III se otorgarán con cargo al seguro de sobre vivencia que haya contratado el pensionado fallecido. **(Artículo 127)**

Son requisitos para que se otorguen a los beneficiarios las prestaciones anteriores:

- Que el asegurado al fallecer hubiese tenido reconocido el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales(150 cotizaciones semanales), o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, y
- Que la muerte del asegurado o pensionado por invalidez no se deba a un riesgo de trabajo.

(Artículo 128)

También tendrá derecho a pensión los beneficiarios de un asegurado fallecido por causa distinta a un riesgo de trabajo que se encontrara disfrutando de una pensión por incapacidad permanente derivada de un riesgo igual, si aquél tuviera acreditado el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales y hubiese causado baja en el régimen obligatorio, cualquiera que fuere el tiempo transcurrido desde la fecha de su baja. **(Artículo 129)**

Tendrá derecho a la pensión de viudez la que fue esposa del asegurado o pensionado por invalidez. A falta de esposa, tendrá derecho a recibir la pensión, la mujer con quien el asegurado o pensionado por invalidez vivió como si fuera su marido, durante los cinco años que precedieron inmediatamente a la muerte de aquél, o con la que hubiera tenido hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el asegurado o pensionado por invalidez tenía varias concubinas, ninguna de ellas tendrá derecho a recibir la pensión.

La misma pensión le corresponderá al viudo o concubinario que dependiera económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada por invalidez.

(Artículo 130)

La pensión de viudez será igual al noventa por ciento (90 %) de la que hubiera correspondido al asegurado en el caso de invalidez o de la que venía disfrutando el pensionado por este supuesto. **(Artículo 131)**

La viuda, viudo, concubina o concubinario pensionados que contraigan matrimonio, recibirán una suma global equivalente a tres anualidades de la cuantía de la pensión que disfrutaban. **(Artículo 133)**

No se tendrá derecho a la pensión de viudez en los siguientes casos:

- Cuando la muerte del asegurado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio.
- Cuando hubiese contraído matrimonio con el asegurado después de haber cumplido éste los cincuenta y cinco años de edad, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio.
- Cuando al contraer matrimonio el asegurado recibía una pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio

Las limitaciones de esto, no regirán cuando al morir el asegurado o pensionado la viuda compruebe haber tenido hijos con él. **(Artículo 132)**

Tendrán derecho a recibir pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de dieciséis años (16 años), cuando muera el padre o la madre y alguno de éstos hubiera tenido el carácter de asegurado, y acrediten tener ante el Instituto un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales (152 cotizaciones semanales) o haber tenido la calidad de pensionados por invalidez.

El Instituto del Seguro Social prorrogará la pensión de orfandad, después de alcanzar el huérfano la edad de dieciséis años, y hasta la edad de veinticinco, si se encuentra estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario, siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio.

El huérfano mayor de dieciséis años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión; salvo que no pueda mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece. **(Artículo 134)**

La pensión del huérfano de padre o madre será igual al veinte por ciento (20%) de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando al fallecer o de la que le hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez. Si el huérfano lo fuera de padre y madre, se le otorgará en las mismas condiciones una pensión igual al treinta por ciento (30 %) de la misma base. **(Artículo 135)**

Con la última mensualidad se otorgará al huérfano un pago finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión. **(Artículo 136)**

Si no existiera viuda, huérfanos ni concubina con derecho a pensión, ésta se otorgará a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o

pensionado por invalidez fallecido, por una cantidad igual al veinte por ciento (20 %) de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer, o de la que hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez. (**Artículo 137**)

En **Colombia** en caso de que fallezca el asegurado a causa de Accidentes de trabajo:

Las prestaciones a los sobrevivientes son el 25 por ciento (25 %) de los ingresos del asegurado, o el 30 por ciento (30 %) si se trata de viuda inválida. También se paga al viudo inválido a cargo.

A los huérfanos el 5 por ciento (5 %) de los ingresos del asegurado por cada huérfano menor de 18 años (Sin limite si es invalido), o 25 por ciento (25 %) si es huérfano de padre y madre.

Los padres o abuelos a cargo, 20 por ciento (20 %) de la pensión del asegurado.

Además la pensión máxima de los sobrevivientes es del 100 por ciento (100 %) de la pensión de incapacidad total del asegurado.

En **Colombia** en caso de que fallezca el asegurado a causa de vejez, invalidez y muerte:

La pensión a sobrevivientes es del 50 por ciento (50 %) de la pensión del asegurado. En caso de cotizaciones insuficientes, aunque no inferior a 100 semanas, se otorga una pensión reducida que consiste en un mes de pensión por cada 25 semanas de cotización.

Los huérfanos tendrán el 20 por ciento (20 %) de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 16 años (18 si es estudiante, sin limite si es invalido), 30 por ciento (30 %) si es huérfano de padre y madre.

A los padres o abuelos a cargo se les dará el 20 por ciento (20 %) de la pensión del asegurado.

La pensión máxima de los sobrevivientes será del 100 por ciento (100 %) de la pensión del asegurado.

III CAPITULO

III.I DATOS GENERALES

Nombre Oficial: República de Chile

Capital: Santiago

III.I.I DATOS GEOGRÁFICOS.

Ubicación: En el sur del Continente Americano, en la región andina. Limita al Norte con Perú; al Noroeste con Bolivia y Argentina; al Oeste con el Océano Pacífico, y al Sur con el Polo Sur.

Extensión: 756,629 km²

III.I.II DATOS SOCIO DEMOGRÁFICO.

- Población total: 14,262, 000 habitantes (1995)
- Densidad: 18.7 habitantes km²
- Crecimiento demográfico anual: 1.62% (1990-95)
- Mortandad infantil: 14 fallecidos menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos (1994)
- Tasa de natalidad: 21.9 por cada 1,000 habitantes (1990-95)
- Tasa de mortandad 5.7 por cada 1,000 habitantes (1990-95)

III.I.III DATOS ECONÓMICOS.

- PNB per cápita: 3,170 dólares (1993)
- Crecimiento anual: 3.6% (1980-91)
- Moneda 410.49 pesos 1 dólar EAU. (febrero 1995)

- Tasa de inflación: 20~5% (1981-92)
- Importaciones: 7,354 millones de dólares
- Exportaciones: 8,929 millones de dólares
- Principales exportaciones: Productos minerales 48.5%; productos industriales 36.6%; frutas y vegetales 11% (1991).

III.I.IV DATOS CULTURALES.

Alfabetismo: 95.2%

Idioma: Español

Religión: Católicos 77.4%; no religiosos 8.5%; protestantes 2%; ortodoxos 0.5%; judíos 0.1%; otros 11.5%.

III.II SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

III.II.I VEJEZ, INVALIDES Y MUERTE

Primera ley: 1924

Leyes actuales: 1952 dos leyes que establecen regímenes separados para obreros y empleados; y 1981 (leyes que establecen un régimen de seguridad social nuevo y privado). Tipo de programa. Régimen de seguro social (régimen viejo) y régimen de seguro privado obligatorio (régimen nuevo).

a) Campo de aplicación

Régimen viejo - Régimen para obreros: obreros y trabajadores independientes.

Régimen para empleados: Asalariados del sector privado.

Regímenes especiales para empleados ferroviarios, marinos y trabajadores portuarios, empleados públicos y otras 35 ocupaciones más.

Régimen nuevo - obreros y empleados: seguro obligatorio.

Trabajadores independientes, seguro voluntario.

Desde el comienzo del régimen nuevo, en mayo de 1981, el régimen viejo comenzó a ser reemplazado progresivamente. En mayo de 1986 el registro del régimen viejo se cerró.

b) Procedencia de los fondos

Régimen viejo - Asegurado: Obreros, 19.10% de los salarios; empleados, 20% ó 15% de los ingresos.

Empleador: Ninguna.

Gobierno: Subvenciones especiales para financiar el régimen.

Régimen nuevo - Asegurado: Mínima para la pensión de vejez 10% de los salarios o ingresos. Para las pensiones de sobrevivientes o de invalidez, alrededor de 3% de los salarios o ingresos, según el fondo.

Empleador: Ninguna.

Gobierno: Subvenciones especiales de la pensión mínima garantizada.

Ingresos máximos para fines de cotización: (60 unidades de fomento). La unidad de fomento se ajusta mensualmente según la variación de precios al consumidor. En noviembre de 1993 el valor de una unidad de fomento fue igual a 10,327 pesos.

c) Condiciones de adquisición de derechos

Régimen viejo - Pensión por vejez: Obreros, con 65 años y 800 semanas de cotización y 50% de las semanas desde la cobertura inicial (hombres); o con 60 años y 520 semanas de cotización(mueres). Los empleados deben tener 65 años de edad y 35 de cotización (hombres); y 60 años de edad y 35 de cotización (mujeres).

Pensión por invalidez: Obreros, un mínimo de 50 semanas de cotización, con 40% de las semanas de cotización durante los últimos cinco años y 50% de las semanas desde la cobertura inicial (la última condición no se aplica a mujeres ni a hombres con un mínimo de 400 semanas cotización).

Los empleados requieren 67% de incapacidad y tres años de cotización.

Pensión a sobrevivientes: Obreros; Si el difunto era pensionado o había cotizado durante 50 semanas, con 50% de las semanas en los últimos cinco años.

Empleados: Si el difunto era pensionado o tenía tres años de cotización.

Régimen nuevo - Pensión por vejez: Edad 65 años (hombres) y 60 (mujeres). 20 años de cotización (transicionalmente 12 meses de cotización durante los últimos cinco años anteriores a noviembre de 1980). Está permitido jubilarse antes del límite de edad, si la pensión es igual a 50% del promedio de los ingresos durante los últimos 10 años, o por lo menos igual a 110% de la pensión mínima.

Pensión por invalidez: Pérdida de dos terceras partes de la capacidad de trabajo.

Pensión a sobreviviente: Si el difunto era un afiliado activo o era pensionado.

d) Prestaciones por vejez

Régimen viejo - Pensión por vejez: Los obreros; por invalidez total reciben 50% del salario base (promedio mensual de salarios durante los últimos cinco años, los dos primeros ajustados por cambios en los salarios) más de 1% del salario por cada 50 semanas de cotización que pasen de 500 semanas. La pensión mínima es de 85% del salario mínimo industrial, la pensión máxima es de 70% del salario base. Existe un incremento de 10% por cada 150 semanas de cotizaciones pagadas después de concederse la pensión.

Suplemento por hijo: 10% del promedio de pensión en el año precedente.

Los empleados reciben 1/35 del salario base, multiplicado por los años de cotización. Existe un incremento de 1/35 del salario base por cada hijo a cargo para la mujer, con más de 19 años de cotización. El máximo es de 100% del salario base.

Ajuste: Ajuste anual de la pensión por variaciones en el índice de precios.

Régimen nuevo - Pensión por vejez: Las cotizaciones del asegurado, más el interés acumulado. La pensión mínima es garantizada por el Gobierno. Al retirarse, el asegurado puede efectuar retiros programados de una cuenta controlada, para

asegurar entradas durante el término medio de vida, o contratar con un asegurador privado una renta anual o una combinación de estas opciones.

e) Prestaciones por invalidez

Régimen viejo - Pensión por invalidez: Los obreros; por invalidez total reciben 50% del salario base (promedio mensual durante los últimos cinco años, los dos primeros años ajustados por cambios en los salarios) más 1 % de los salarios por cada 50 semanas de cotización que pasen de 500 semanas. La pensión máxima es de 70% del salario base.

Suplemento por hijo: 10% del promedio de pensión en el año anterior.

Invalidez parcial: La mitad de la pensión por incapacidad total.

Empleados: 70% del salario base, más 2% del salario por cada año de cotización que pase de años. La pensión máxima es de 100% del salario base.

Ajuste: Ajuste anual de la pensión por variaciones en el índice de precios.

Régimen nuevo - Pensión por invalidez: Igual que para la pensión por vejez.

Pensión mínima: 70% del promedio de los salarios en los últimos 12 meses. El Gobierno garantiza la pensión mínima.

f) Prestaciones a los sobrevivientes

Régimen viejo - Pensión a los sobrevivientes: Obreros; Viuda de cualquier edad o viudo inválido a cargo, 50% del salario de base o pensión del asegurado.

Cada huérfano menor de 15 años (18 si estudia, sin límite si es inválido) recibe 20% del salario base o pensión media en el año anterior.

Empleado: La viuda o viudo inválido a cargo recibe 50% de la pensión o del salario base del asegurado durante los últimos cinco años.

Cada huérfano (o padre o madre) recibe 15% de la pensión o del salario medio.

Pensiones máximas para sobrevivientes: 100% de la pensión o del salario base del asegurado.

Subsidio para gastos de sepelio: Los obreros y empleados reciben tres meses de salario mínimo

Régimen nuevo - Pensión a los sobrevivientes: La viuda o viudo inválido el 60% de la pensión; 50% con hijos; 36% a la madre de hijos sin derecho a una pensión; si tienen derecho a una pensión 30%.

Huérfanos hasta la edad de 18 años (25 si es estudiante; sin límite si es inválido) reciben 15%, a los padres si no hay otros derechohabientes.

g) Organización administrativa

Régimen viejo - Ministerio de Trabajo y Previsión Social: control general. El Servicio de Seguro Social dirige el pago de las pensiones.

Régimen nuevo - Superintendente de las Administradoras de Fondos de Pensiones: control general. Administradoras de Fondos de Pensiones: administración del programa.

III.II.II ENFERMEDAD Y MATERNIDAD

Primera ley: 1924.

Leyes actuales: 1981 y 1985 (régimen nuevo).

Tipo de programa: Servicio de Salud Nacional (prestaciones en dinero y médicas, régimen viejo) y régimen de seguro privado (régimen nuevo).

a) Campo de aplicación

Régimen público (FONASA): Todos los asalariados, pensionados, receptores de prestaciones por accidentes de trabajo o desempleo o asignaciones familiares.

Sistema privado (ISAPRE): Todos los asalariados y personas a cargo. Personas no beneficiarias de asignaciones familiares pueden afiliarse.

Ambos sistemas continuarán en vigor por tiempo indefinido. Se puede elegir entre los dos sistemas.

b) Procedencia de los fondos

Régimen público - Asegurado: Los obreros, 5.740% de los salarios.

Empleados: 6.55% de los ingresos.

Empleador: Ninguna.

Gobierno: Subvención parcial.

Sistema privado - Asegurado: Obreros, empleados y trabajadores independientes 7% de los ingresos.

Empleador: Ninguna.

Gobierno: Ninguna.

Ingresos máximos para fines de cotización (60 unidades de fomento).

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestación por enfermedad y maternidad en dinero: Obreros y empleados, actualmente asegurados, seis meses de seguro y tres meses de cotización durante los últimos seis meses.

Prestaciones médicas: Los obreros y empleado deben estar actualmente asegurados. Las condiciones de adquisición de los dos sistemas son las mismas. Los trabajadores independientes deben estar afiliados durante 12 meses con 6 meses de cotización en los 12 meses anteriores a la enfermedad.

d) Prestaciones por enfermedad y maternidad

Régimen público - Prestación por enfermedad: Los empleados públicos reciben 100% de los ingresos líquidos.

Empleados del sector privado: El promedio de los ingresos líquidos mensuales, en los tres meses anteriores al comienzo de la enfermedad.

Prestación por maternidad: Igual que para la prestación por enfermedad; se paga por seis semanas antes y 12 semanas después de parto.

En el sistema privado el asalariado hace un contrato durante por lo menos 12 meses, con una institución de salud particular. Las prestaciones varían según el contrato, pero los beneficios deben ser por lo menos iguales a los del régimen público.

e) Prestaciones médicas a los trabajadores asegurados

Régimen público - Prestaciones médicas: Comprenden atención general y especializada, examen médico periódico, hospitalización, medicamentos, atención odontológica y maternidad.

Duración: Ilimitada.

En el sistema privado las prestaciones varían según el contrato pero por lo general comprenden asistencia médica y quirúrgica, hospitalización, medicamentos y maternidad. Algunos contratos proveen atención odontológica.

f) Prestaciones médicas a las personas a cargo

Régimen público - Prestaciones médicas para personas a cargo: Igual que para el asegurado.

En el sistema privado es igual que para las prestaciones por enfermedad y maternidad en dinero.

Todas las mujeres embarazadas, hasta el sexto mes, e hijos menores de seis años tienen derecho exámenes médicos periódicos.

g) Organización administrativa

Régimen público - Ministerio de Salud, control general.

Servicio de Salud, administración de prestaciones y servicios.

Sistema privado - Caja Nacional de Salud supervisa las instituciones individuales.

III.II.III ACCIDENTES DE TRABAJO

Primera ley: 1916.

Ley actual: 1968

Tipo de programa: Régimen de seguro social.

a) **Campo de aplicación**

Asalariados, empleados públicos, estudiantes y trabajadores independientes.

b) **Procedencia de los fondos.**

Asegurado: Ninguna.

Empendedor: 0.90% de la nómina, más 3.4% a 6.8% según la industria y el riesgo (para obreros y empleados).

Gobierno: Subvenciona al programa del sector público.

c) **Prestaciones de incapacidad temporal**

Prestaciones por accidentes de trabajo: No se exige periodo mínimo de calificación.

d) **Prestaciones de incapacidad temporal**

Prestación por incapacidad temporal: Igual que para la prestación por enfermedad. Se paga desde la fecha del accidente hasta 12 meses (puede ampliarse hasta 24 meses).

Ajuste: Ajuste según los aumentos de los salarios por ley o por negociación colectiva.

e) **Prestaciones por invalidez.**

Pensión por incapacidad permanente: 70% del salario base, en caso de incapacidad total (por lo menos 70%).

Suplemento por asistencia permanente: 30% del salario base.

Para la incapacidad parcial se requiere entre 40% a 69% de incapacidad y se concede 35% del salario base. Subsidio de suma a tanto alzado hasta 15 meses de salario base por 15% a 39% de incapacidad.

Prestaciones médicas: Los servicios médicos, odontológicos y farmacéuticos necesarios, hospitalización, prótesis, rehabilitación y readaptación profesional: se conceden por todo el tiempo que sea necesario.

Prestaciones a los sobrevivientes.

Pensión a los sobrevivientes: 50% de la pensión del asegurado, se paga a la viuda de 45 años de edad o más que tiene un hijo a cargo. Pagadera a la viuda inválida a cualquier edad.

Huérfano: 20% de la pensión por cada huérfano menor de 18 años (edad 23 si es estudiante, sin límite si es inválido); 50% por cada huérfano de padre y madre.

Subsidio para gastos de sepelio: tres veces el salario mínimo.

g) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Previsión Social: control general.

Administración de las cotizaciones y prestaciones en dinero a través del Servicio de Seguro Social.

Caja de Previsión de los Empleados Privados y otras cajas de previsión por tres grupos de seguro mutuo patronales no lucrativos.

Servicio Nacional de Salud, otorgamiento de prestaciones médicas.

III.II.IV DESEMPLEO

Primera ley: 1937.

Ley actual: 1981.

Régimen relacionado con el empleo (régimen unificado para obreros y empleados).

a) Campo de aplicación

Asalariados.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: Ninguna

Empleador: Ninguna.

Gobierno: El costo integro (Fondo Único de Familiares y Subsidios de Cesantía)

c) Condiciones de adquisición de derechos

Prestaciones por desempleo: 52 semanas de seguro durante los dos años anteriores (para obreros y empleados). Estar inscrito como solicitante de empleo, apto de y dispuesto a trabajar.

Desempleo debido a causas ajenas a la voluntad del solicitante.

d) Prestaciones por desempleo

Prestación por desempleo: Los primeros 90 días: 9,000 pesos mensuales; de 91 a 80 días: 6,000 pesos mensuales; de 181 a 360 días, 4,500 pesos mensuales.

Las personas con derecho a la prestación por desempleo, continúan asimismo recibiendo las asignaciones y prestaciones familiares así como las prestaciones por maternidad y médicas.

e) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Previsión Social: control general.

Superintendente de Seguridad Social: administración del programa.

III.II.V ASIGNACIONES FAMILIARES

Primeras leyes: 1937 (empleados) y 1953 (obreros)

Ley actual: 1981 (obreros y empleados).

Régimen relacionado con el empleo (régimen unificado para obreros y empleados)

a) Campo de aplicación

Asalariados y beneficiarios del seguro social, con uno o más hijos u otras personas a cargo con derecho.

Régimen especial para personas necesitadas.

b) Procedencia de los fondos

Asegurado: Ninguno.

Empleador: Ninguno

Gobierno: El costo íntegro (Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.)

c) Condiciones de adquisición de derechos

Asignaciones familiares: El hijo debe ser menor de 18 años (24 si estudia, sin límite de edad si es inválido), también se pagan desde el quinto mes de embarazo.

Asimismo se pagan las asignaciones por esposa, marido inválido, madre viuda, hijastro, nietos y bisnietos huérfanos o abandonados, huérfanos de padre o madre inválidos o mayores de 65 años.

d) Prestaciones de asignación familiares

Asignaciones familiares: (obreros y empleados) Una cantidad fija mensual que se ajuste periódicamente por cada persona a cargo.

Los inválidos reciben asignaciones dobles.

e) Organización administrativa

Ministerio de Trabajo y Previsión Social y Superintendencia de Seguridad Social: control general de Cajas Unificadas. Programa especial administrado por el Fondo de Emergencia Social.

III.III SISTEMA DE SALUD

III.III.I LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD

a) Política social

La política social del Gobierno se orienta por los criterios generales de equidad, eficiencia participación social, respeto por la dignidad de las personas y solidaridad.

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y es del Estado garantizar a todos los habitantes de Chile el derecho a la protección de la salud, vivir en un medio ambiente libre de contaminación. Especifica, además, que cada persona tiene el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado.

El Ministerio de Salud ejerce la función específica de garantizar el acceso libre e igualitario de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación de la persona enferma, así como de coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones. *Ministerio de Salud determina las políticas de salud, de acuerdo con las directivas que señala el Gobierno.*

b) Políticas y estrategias de salud

Organización y administración de las instituciones del sector. El sistema de atención de salud de Chile es mixto, con participación de los sectores público y privado. A partir de 1980 con importantes transformaciones en dos sentidos: el incremento de la participación del sector privado en el financiamiento y en la prestación de servicios de salud, y la descentralización, con el tratamiento de la atención primaria a los municipios. En un esfuerzo por darle contenido real a la descentralización, se otorgan mayores atribuciones a los servicios de salud. Se han dado a los gobiernos regionales con facultades ejecutivas en todas las regiones del país, lo que probablemente va a influir de manera decisiva en el proceso de descentralización de los servicios de salud.

Recursos humanos: Las políticas se orientan a asegurar la disponibilidad y calidad de los recursos humanos requeridos en el sector público, y a introducir mecanismos de evaluación del desempeño de estos recursos. Se intenta fortalecer la capacidad de los *sistemas locales para la administración del personal* y flexibilizar los sistemas para su mantenimiento y desarrollo. Igualmente se pretende recompensar adecuadamente la eficiencia en el trabajo y propiciar la participación del personal.

Gastos financieros. Las políticas tratan de *incorporar incentivos para fomentar* la eficiencia de los programas y del manejo de los recursos, mejorar los sistemas de recuperación de costos, lo referente al pago directo de las prestaciones, emprender

iniciativas, como la compraventa de servicios que vinculen con mayor eficacia a los sectores público y privado, y perfeccionar un sistema de libre elección, a cargo del Estado, mediante una administración descentralizada y moderna y eficiente. Es política. Además, rectificar las normas sobre las instituciones privadas y salud provisional (ISAPRE) para mejorar la relación con sus usuarios.

Recursos físicos. En este ámbito se busca perfeccionar los procesos de formulación y evaluación de proyectos, y las técnicas de análisis de los sistemas de atención y de funcionalidad de la red asistencial, así como apoyar el desarrollo de la capacidad local para la generación, evaluación, ejecución y seguimiento de proyectos de inversión. Se evalúa también la tecnología y los procesos para su adquisición, asegurando que sea adecuada para la salud de la población y la eficiencia del sistema, buscando el aprovechamiento de economías de escala para la compra de insumos y para la adquisición, operación y mantenimiento de equipos.

Medio ambiente. Se plantea como objetivo mejorar la capacidad normativa, de supervisión y control de los servicios nacional y regionales del medio ambiente, diseñar mecanismos para incentivar la disminución de las fuentes de contaminación y realizar actividades educativas de la población.

Programas de atención a las personas. Las políticas se orientan a enfatizar las acciones preventivas, incentivando la mayor participación de los individuos en el cuidado de su propia salud. Igualmente, buscan revisar y reorientar los programas hacia los nuevos patrones epidemiológicos, incorporando los cambios tecnológicos que se requieran, incrementando el poder de resolución de las unidades de atención y modificando los sistemas de referencia. Otro aspecto ha sido estrechar la coordinación entre los diversos niveles de complejidad de las unidades de atención del sistema, así como con la comunidad, estimulando su participación y fomentando el cambio en los estilos de vida de las personas; el desarrollo de programas de atención a las personas

y a su ambiente, y acentuando la educación para la salud, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, aunado al establecimiento de redes de vigilancia epidemiológica.

Legislación, regulación y control de salud. El Ministerio impulsa diversos proyectos de ley para cumplir en forma más eficiente las funciones normativas, de supervisión y de coordinación que el Estado le ha encomendado. Entre otros proyectos se encuentran la ley de instituciones de salud provisional (ISAPRE), que permitirá un avance en la consolidación del sector privado de salud, la ley de concursos de profesionales médicos y otros; la ley antitabacal, que regula el consumo de tabaco por los daños que produce en la salud de la población; la ley de trasplantes, destinada a modificar la actual legislación respecto a la donación y trasplante de órganos, y el estatuto del personal de la atención municipalizada, que regula los deberes, obligaciones y derechos del personal que se desempeña en los establecimientos de salud traspasados a la administración municipal.

III.III.II ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

a) Servicios de atención a las personas

Infraestructura. En Chile, el subsector público está constituido por los organismos que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El Ministerio de Salud, los 27 servicios de salud distribuidos en el país, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de ISAPRE, todos descentralizados. También lo integran las instituciones y empresas del Estado, que cuentan con unidades asistenciales para su personal.

En cada región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Los 26 servicios de salud, a los cuales se agrega uno

especializado (el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente), brindan asistencia médica y de salud a la población de una determinada área geográfica, a través de sus establecimientos y unidades de atención.

El FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los fondos estatales destinados a la salud. Cuenta con una oficina central y 13 agencias regionales para la administración de la modalidad de libre elección.

El Instituto de Salud Pública ejerce la función de Laboratorio Nacional.

La Central de Abastecimientos tiene a su cargo la adquisición centralizada y la provisión de medicamentos, productos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás insumos que requieren los organismos, entidades y personas integrantes o adscritas al sistema.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención (primario, secundario y terciario), de acuerdo con la complejidad de las unidades de atención de que disponen.

En 1988 finalizó el proceso de traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal, iniciado en 1981. La administración municipal se hizo cargo de la mayoría de los consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico - rurales.

El subsector privado, de acuerdo con sus fines, cuenta con instituciones sin fines de lucro y con fines de lucro.

Las instituciones sin fines de lucro abarcan a las instituciones de carácter benéfico, que cuentan con establecimientos de atención ambulatoria. También se agrupan bajo esta denominación las mutualidades de empleadores, cuyo financiamiento proviene de una

cotización básica del 0.9% del salario imponible más una cotización adicional, según riesgo de la empresa. Tienen hospitales, clínicas y centros de atención ambulatoria.

Las instituciones con fines de lucro comprenden a las personas e instituciones que brindan atención médica y de salud en forma particular, y reciben un pago por sus servicios. Poseen 0.6% de las 3.2 camas por cada 1,000 habitantes de que dispone el país. Las ISAPRE representan un mecanismo de financiamiento de la atención privada de salud. El número de ISAPRE ha aumentado continuamente, desde su iniciación en 1981, cuando había seis ISAPRE abiertas, hasta contar, en 1992, con 34 instituciones (20 abiertas y 14 cerradas). La captación de cotizantes inscritos en los diferentes planes que ofrecen se ha incrementado, en sus 10 años de funcionamiento, más de 40 veces, a un ritmo de crecimiento medio anual de 45%.

Cobertura. El SNSS da cobertura a cerca del 80% de la población nacional, mediante su red de establecimientos y unidades de atención en todo el país.

En junio de 1992 las ISAPRE tenían 2.77 millones de beneficiarios en las 34 instituciones en operación. Esta cobertura promedio nacional de 20.4% varía entre regiones, con una cobertura mayor en la región metropolitana de Santiago (31.8%) y en las de Tarapacá (28.1%), Antofagasta (42.8%) y Atacama (29.1%) en el norte. En estas dos últimas tienen importancia las ISAPRE cerradas de la minería. En contraste, algunas de las regiones australes son las que muestran las coberturas más bajas, particularmente las de Maule (8.9%) y Araucana (8.7%).

En cuanto a la cobertura por sexo y grupos de edad, en diciembre de 1992 había una proporción de 2.2 cotizantes hombres por cada cotizante mujer, hecho explicable en gran medida por la mayor participación masculina en la fuerza de trabajo activa. La cobertura por edad muestra una clara preferencia por la población joven, y va en declinación desde un máximo de 24.7 por ciento (24.7 %) para el grupo de 25 a 34 años hasta el 5.7 por ciento (5.7 %) para los adultos mayores.

El número de camas disponibles del SNSS se mantuvo muchos años por encima de 33,000 con una tendencia a disminuir desde 1980(31,674 en 1991). Hay 2.5 camas por cada 1,000 habitantes y el índice de ocupación es de 75%.

En 1990 egresaron 1.4 millones de pacientes internados en todos los establecimientos con servicios de hospitalización del país. En 1991, el SNSS produjo 1,043,702 egresos con un promedio de 7.3 días de estancia y un rendimiento de 32.3 egresos por cama. El SNSS produce egresos por cada 1,000 habitantes; las ISAPRE abiertas 8 1.6 y las cerradas 113.5 egresos por cada 1,000 beneficiarios.

El SNSS atiende 63.9% de la demanda de atención médica; otros establecimientos del sector público atienden el 6.2%. De los 27.6 millones de consultas médicas efectuadas en el FONASA, las ISAPRE y el SNSS, este último otorgó 20.7 millones (75%). El SNSS ofrece 2.3 consultas anuales por beneficiario; las ISAPRE abiertas 3.1, y las cerradas 5.8. Si en el caso del SNSS se agregan a las consultas médicas la atención brindada por el personal no médico (auxiliares, enfermeros y matronas), esa proporción aumenta a 3.9 consultas por beneficiario por año.

El número de consultas anuales en el SNSS ha experimentado un aumento continuo entre 1970 y 1991, y llegó a duplicarse (de 10.7 a 22.5 millones). Se destacan en este aumento las consultas otorgadas a mujeres (132%) y niños (126%). La importancia relativa de las consultas de urgencia varió en el mismo periodo de 26.6 a 30%.

Durante 1991 los enfermos brindaron 4.4 millones de controles y consultas fundamentales en atención del niño, y las matronas, 4.6 millones de consultas y controles en el programa de atención a la mujer. Los auxiliares de enfermería realizaron 4.4 millones de consultas.

En la atención del parto se destaca el alto porcentaje de cesáreas en los sistemas de libre elección(53.9%) e ISAPKE (45.2%), a diferencia de lo observado en el SNSS, donde en 1990 fue de 23.7%.

b) Servicios de atención al medio ambiente

Los programas destinados al medio ambiente dependen del Ministerio de Salud a través del Departamento de Programas del Ambiente, y de los servicios de salud en los departamentos equivalentes. En la región metropolitana de Santiago existe un servicio especial.

c) Accesibilidad y participación social

La accesibilidad física o geográfica a los servicios de salud en general es alta, pero aún existen localidades rurales que por tener una población dispersa o estar radicadas en lugares geográficos de difícil acceso, no cuentan con una infraestructura de salud básica.

Respecto a la accesibilidad económica, aproximadamente 72% de la población total tiene derecho a recibir las prestaciones del sistema estatal. De este porcentaje, 59% está en situación de pobreza y no tiene otra opción.

En cuanto a la accesibilidad cultural o étnica, en Chile existen minorías étnicas ubicadas principalmente en la región de Araucana, que viven en un relativo aislamiento; el sistema público dispone de un programa específico para enfrentar esa situación.

Para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, en el periodo 1990 y 1992, el Gobierno ha impulsado y aplicado diversas medidas, entre las cuales destacan la gratuidad de la atención primaria; la adjudicación de horas y el acortamiento de las

listas de espera para intervenciones quirúrgicas; la extensión del horario de atención (atención vespertina) en consultorios generales urbanos; la creación de servicios de atención primaria de urgencia en áreas urbanas; el mejoramiento del transporte de enfermos mediante la incorporación de nuevas ambulancias la puesta en funcionamiento de unidades móviles de atención para el equipo de salud; la creación de nuevos consultorios urbanos y rurales, y el aumento de la bonificación que el Estado da a la atención del parto.

d) Investigación en salud

La fuente de recursos más importante para la investigación en salud es el Fondo para el Desarrollo de las Ciencias y Tecnología. Durante el año 1991 se aprobaron 90 proyectos del área de la salud, que correspondieron al 13.3% del total de los proyectos aprobados. Los recursos asignados a esta área representaron 20.1% del total de los fondos invertidos.

III.III.III RECURSOS DISPONIBLES

a) Recursos humanos

Según cifras del Colegio Médico, en 1991 había en Chile un total de 14,664 médicos, de los cuales 3,953 eran mujeres (27%) Había una razón de 11 médicos por cada 10,000 habitantes, sin embargo, según estimaciones del mismo Colegio y realizadas para 1985, sólo 79% estaría en actividad o ejerciendo su profesión, lo cual disminuiría la razón efectiva de médicos por habitantes a 8.7 Por cada 10,000. La misma fuente estima que 82% de los médicos trabajan en instituciones y que el 18% restante ejerce en forma privada.

En 1992, el SNSS empleaba 8,333 médicos, cifra bastante mayor que los aproximadamente 7,000 empleados durante el periodo 1980-1990; el SNSS sigue siendo el principal empleador, ya que ocupa el 62% de los médicos en ejercicio.

Hay alrededor de 7,000 odontólogos (5.2 por cada 10,000 habitantes) de los cuales el SNSS emplea a algo más de 1,900.

En 1990 el SNSS contaba con 2,830 plazas de enfermería de las cuales sólo estaban cubiertas.

En los últimos años también se ha reducido el número de matronas a cerca de 1,600, a pesar de que existen más de 2,000 plazas. Estos parecen ser los recursos humanos críticos del sector.

El país cuenta con 0.2 farmacéuticos por cada 10,000 habitantes, 0.008 terapeutas ocupacionales 0.5 asistentes sociales, 0.6 nutricionistas, 0.3 kinesiólogos, y 0.8 tecnólogos médicos. En 1990, en el SNSS había 23,369 auxiliares paramédicos y de enfermería, o sea, una razón de 20.9 auxiliares por cada 10,000 habitantes.

b) Recursos financieros

Básicamente, el financiamiento de la salud proviene del Estado, a través de los fondos asignados en el presupuesto nacional, de los aportes que hacen las municipalidades y de las contribuciones de instituciones del Estado para actividades de salud. Los trabajadores activos y pensionados contribuyen con una cotización obligatoria de 7% de su salario, que puede ser entregada a las ISAPRE o al FONASA; adicionalmente pueden hacer un aporte voluntario para obtener un mejor plan de salud. Otras formas de financiamiento son el pago directo por prestaciones y el "co-pago" de bienes y servicios por medio de aranceles fijados a las ISAPRE y al FONASA, fondos aportados por medio de colectas y donaciones.

El gasto público en salud, como porcentaje del PIB, descendió de 2.6% del total durante 1980, a 2.3% en 1990, y aumentó a 2.4% en 1991 y a 2.7% durante 1992. En este último año, según cifras provisorias, el gasto público en salud fue de US\$ 1,073 millones, lo cual significa un promedio de US\$ 71.07 por habitante. En números absolutos, el monto total del gasto público en salud tendió a disminuir o a mantenerse estacionario de 1984 a 1987; registró un incremento en 1988; se estabilizó luego hasta 1990 y aumentó de modo ostensible a partir de 1991. En relación con el de 1984, el gasto público en salud creció entre 1984 y 1990, 33% en 1991 y 57% en 1992.

El gasto en remuneraciones, que en 1984 constituía 40% del gasto público, desde 1988 significó menos de 35% (34% en 1992). El gasto por trabajador del SNSS, en moneda constante del año 1992, se elevó a US\$ 4.688.6 al incrementarse el número de trabajadores y el nivel de salarios. El gasto en bienes y servicios de consumo ha mantenido en general una tendencia ascendente, tanto como proporción del gasto público como en su asignación monetaria. El gasto en prestaciones provisionales. Que en 1984 representó 26.7% del gasto público en salud descendió 20.5% en 1987 y a 15.5% en 1992.

Las transferencias se mantuvieron en una proporción que osciló entre el 6.5 y el 9.5% entre 1984 y 1988, y hasta 1988 estuvieron constituidas casi totalmente por las transferencias al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). En 1989 las transferencias representaron el 11.8% del gasto público, y en 1992 descendieron al 11.8% y se destinó menos de 60% al PNAC.

En 1992 el gasto programado en inversión real fue superior a los US\$ 82.7 millones. Esta cifra, que constituye 8.7% del gasto sectorial en salud, el mayor monto destinado a inversiones físicas en más de 15 años, se empleó en la recuperación de la capacidad física del sector público, en combinación con proyectos financiados mediante préstamos de organismos externos. El gasto fiscal en salud llegó a su mínimo histórico de 4.2% en el trienio 1987-1989.

Sólo se dispone de información parcial acerca del *gasto privado en salud* relacionado con el *gasto institucional*. El *gasto de las ISAPRE* se incrementó nueve veces entre 1984 y 1992, y llegó a una suma superior a los US\$ 689.5 millones, que constituyen 1.90% del PNB. Este *gasto*, que en el año 1984 representaba menos de un tercio del *gasto fiscal* y casi un décimo del *gasto público total*, superaba en un 60% al *gasto fiscal* y era sólo 30% inferior al *gasto público total*.

c) Recursos físicos

En 1991 el SNSS tenía 180 hospitales distribuidos en todo el territorio nacional, y diferenciados de acuerdo con niveles de complejidad y capacidad resolutiva.

El país dispone de 3.2 camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes, y tres de cada cuatro de estas camas pertenecen al SNSS. Entre 1970 y 1991 ha habido una declinación sostenida del número de camas hospitalarias del SNSS (de 33,611 a 32,127) y un incremento de las del sector privado (de 2,321 a 10,947).

El SNSS brinda atención ambulatoria a través de los servicios de emergencia. Los consultorios externos de los hospitales y las unidades de atención primaria que en 1991 estaban constituidas por 345 consultorios generales, urbanos y rurales, 1,040 postas de salud rural y 1,214 estaciones médico - rurales.

En 1991, el subsector privado contaba con 210 hospitales y clínicas para la internación de pacientes, con un total de 8,260 camas. Tenía, además 14 consultorios con 154 camas y 22 centros con 1,206 camas, para la atención de la nutrición. Para la atención ambulatoria, contaba también con 1,206 centros médicos, consultorios y policlínicas, y con 508 laboratorios clínicos debidamente registrados. Completan la red de atención 10 hospitales, cuatro policlínicas y un número indeterminable de consultorios pertenecientes a otras instituciones del sector público y empresas del Estado.

En Chile existe una amplia gama de representantes de empresas transnacionales, dedicadas a la producción o comercialización de productos o equipamiento para uso médico y sanitario.

El país importa cerca de 90% de las materias primas para productos farmacéuticos; la formulación final para uso clínico, rotulado y envasado, se realiza en el país. Esta proporción se invierte cuando se trata de la industria farmacéutica homeopática, que cuenta con una gran cantidad de materias primas nacionales.

El Instituto de Salud Pública, organismo dependiente del Ministerio de Salud, tiene una larga experiencia en la producción de vacunas, tanto víricas como bacterianas, de cepas muertas y vivas.

El país tiene capacidad para la producción de vacuna antirrábica humana, contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, antibiótica inyectable, así como de antitoxinas tetánicas de origen heterólogo para consumo local.

d) Recursos extra sectoriales

Existen recursos extrasectoriales provenientes de créditos otorgados por el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo al Gobierno de Chile para inversiones en salud. Los gobiernos de Alemania, España, Estados Unidos de América, Francia, Italia y Suiza aportaron fondos para proyectos destinados a mejorar aspectos específicos en el sector público, por un monto aproximado a los US\$ 22 millones en donaciones y US\$ 49 millones en crédito.

III.IV COMPARACION MÉXICO – CHILE

Para obtener la procedencia de los fondos en el ramo de vejez, invalidez y muerte en Chile tenemos que en el **Régimen nuevo – Asegurado**, es obligatorio para los asegurados tener como mínimo para la pensión de vejez 10% del salario o ingresos. Para las pensiones de sobrevivientes o de invalidez, alrededor de 3% de los salarios o ingresos, según el fondo.

El empleador no aporta nada y el Gobierno, otorga subvenciones especiales de la pensión mínima garantizada.

Los ingresos máximos para fines de cotización son 60 unidades de fomento. La unidad de fomento se ajusta mensualmente según la variación de precios al consumidor. En noviembre de 1993 el valor de una unidad de fomento fue igual a 10,327 pesos.

En México para financiar las prestaciones y los gastos administrativos del seguro de invalidez y vida, así como la constitución de las reservas técnicas, se obtendrán de las cuotas que están obligados a cubrir los patrones, los trabajadores y demás sujetos obligados, así como de la contribución que corresponda al Estado. **(Artículo 146)**

A los patrones y a los trabajadores les corresponde cubrir, para el asegurado de invalidez y vida el uno punto setenta y cinco por ciento (1.75 %) y el cero punto seiscientos veinticinco por ciento (0.625 %) sobre el salario base de cotización, respectivamente. **(Artículo 147)**

En el Régimen nuevo - Pensión por vejez en Chile, es necesario que el asegurado tenga 65 años de edad (hombres) y 60 años (mujeres), con 20 años de cotización (transicionalmente 12 meses de cotización durante los últimos cinco años anteriores a noviembre de 1980). Está permitido jubilarse antes del límite de edad, si la pensión es igual a 50% del promedio de los ingresos durante los últimos 10 años, o por lo menos igual a 110% de la pensión mínima.

En **México** para tener derecho al goce de las prestaciones del seguro de vejez, se requiere que el asegurado haya cumplido sesenta y cinco (65 años) de edad, tenga reconocidas por el Instituto un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales (1250 semanas de cotizaciones = 24 años).

En caso que el asegurado tenga sesenta y cinco años o más y no reúna las semanas de cotización señaladas, podrá retirar el saldo de su cuenta individual en una sola exhibición o seguir cotizando hasta cubrir las semanas necesarias para que opere su pensión. **(Artículo 162)**

La pensión por invalidez en **Chile**, es otorgada cuando se presenta una pérdida de dos terceras partes de la capacidad de trabajo del asegurado.

En **México** es otorgada para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere al declararse ésta el asegurado tenga acreditado el pago de doscientas cincuenta semanas (250 semanas) de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el setenta y cinco por ciento o más de invalidez sólo se requiere que tenga acreditadas ciento cincuenta semanas de cotización (150 semanas). **(Artículo 122)**

La pensión por **invalidez** en **Chile**, son las cotizaciones del asegurado, más el interés acumulado. La pensión mínima es garantizada por el Gobierno. Al retirarse, el asegurado por invalidez puede efectuar retiros programados de una cuenta controlada, para asegurar entradas durante el término medio de vida o hasta donde alcance o contratar con un asegurador privado una renta anual o una combinación de estas opciones.

La pensión mínima es de 70% del promedio de los salarios en los últimos 12 meses. El Gobierno garantiza la pensión mínima.

La pensión por **invalidez** en **México**, al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al setenta por

ciento (70 %) del salario en que estuviere cotizando. En el caso de enfermedades de trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión. (**Artículo 58 frac. II**).

En el **Régimen nuevo - Pensión a los sobrevivientes en Chile**, tenemos que la viuda o viudo inválido tendrán el 60% de la pensión; 50% con hijos; 36% a la madre de hijos sin derecho a una pensión; si tienen derecho a una pensión, 30%.

Huérfanos hasta la edad de 18 años (25 sí es estudiante; sin límite si es inválido) reciben 15%, a los padres si no hay otros derecho habientes.

En **México** la pensión por invalidez a los sobrevivientes es, a la viuda o concubina (5 años viviendo con ella o él) será del 90% de la que hubiere correspondido al asegurado (**Artículo 130 y 131**).

La pensión orfandad se le entregara a los hijos del asegurado menores de 26 años si se encuentran estudiando, la pensión será de veinte por ciento de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando. (**Artículo 135**).

Si no existieran viuda, huérfanos ni concubina con derecho a pensión, ésta se otorgará a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o pensionado por invalidez fallecido por una cantidad igual al veinte por ciento (20 %) de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer. (**Artículo 137**)

Para obtener la procedencia de los fondos en el ramo de **enfermedad y maternidad** en **Chile** tenemos que en el **Régimen público – Asegurado**, los obreros aportan el 5.740% de su salario, los empleados el 6.55% de los ingresos, el empleador nada, el Gobierno Subvención parcial.

En **Sistema privado – Asegurado**, los obreros, empleados y trabajadores independientes 7% de los ingresos. El Empleador nada, El Gobierno nada.

Es necesario que los obreros y empleados, actualmente asegurados, tengan seis meses de seguro y tres meses de cotización durante los últimos seis meses para poder gozar de las prestaciones en dinero por enfermedad y maternidad en Chile.

Por otro lado para tener derecho a las prestaciones médicas en Chile, los obreros y empleados deben estar actualmente asegurados. Las condiciones de adquisición de los dos sistemas son las mismas. Los trabajadores independientes deben estar afiliados durante 12 meses con 6 meses de cotización en los 12 meses anteriores a la enfermedad.

En las prestaciones por enfermedad y maternidad (Chile), en el Régimen público, los empleados reciben el cien por ciento (100 %) de los ingresos, mientras los empleados del sector privado, se les da el promedio de los ingresos líquidos mensuales, en los tres meses anteriores al comienzo de la enfermedad.

En el caso de prestación por maternidad, es igual que para la prestación por enfermedad; se paga por seis semanas antes 12 semanas después del parto. En el sistema privado el asalariado hace un contrato durante por lo menos 12 meses, con una institución de salud particular. Las prestaciones varían según el contrato, pero los beneficios deben ser por lo menos iguales a los del régimen público.

El Seguro Social de México, establece que para cubrir las prestaciones en especie del seguro de enfermedad y maternidad de los pensionados y sus beneficiarios, en los seguros de riesgos de trabajo, invalidez y vida, así como retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, los patrones y los trabajadores y el Estado aportarán una cuota de 1.5 por ciento (1.5 %) sobre el salario base de cotización. De dicha cuota corresponderá al patrón pagar el 1.05 por ciento (1.05 %), a los trabajadores el 0.365 por ciento (.365 %) y al estado el 0.065 por ciento (0.065 %). (Artículo 25)

Las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad, se financiarán en la forma siguiente:

- I. Por cada asegurado se pagará mensualmente una cuota diaria patronal equivalente al trece punto nueve por ciento (13.8 %) de un salario mínimo general diario para el Distrito Federal.
- II. Para los asegurados cuyo salario base de cotización sea mayor a tres veces el salario mínimo general diario para el Distrito Federal; se cubrirá además una cuota adicional patronal equivalente al seis por ciento (6 %) y otra adicional obrero del dos por ciento (2 %), de la cantidad que resulte de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el salario mínimo citado, y
- III. El Gobierno Federal cubrirá mensualmente una cuota diaria por cada asegurado, equivalente a trece punto nueve por ciento de un salario mínimo general para el Distrito Federal. **(Artículo 106)**

Las prestaciones en dinero del seguro de enfermedad y maternidad se financiarán con una cuota del uno por ciento (1 %) sobre el salario base de cotización, que se pagará de la forma siguiente:

- I. A los patrones les corresponde pagar el setenta por ciento de dicha cuota,
- II. A los trabajadores les corresponde pagar el veinticinco por ciento (25 %) de la misma y,
- III. Al Gobierno Federal le corresponderá pagar el cinco por ciento restante. **(Artículo 108)**

Las condiciones de adquisición de derechos en Chile en este ramo son, para prestación por enfermedad y maternidad en dinero, los obreros y empleados, actualmente asegurados, seis meses de seguro y tres meses de cotización durante los últimos seis meses. Prestaciones médicas, los obreros y empleado deben estar actualmente asegurados. Las condiciones de adquisición de los dos sistemas son las

mismas. Los trabajadores independientes deben estar afiliados durante 12 meses con 6 meses de cotización en los 12 meses anteriores a la enfermedad.

La asegurada **mexicana** tendrá derecho durante el embarazo y el puerperio a un subsidio en dinero igual al 100 por ciento (100 %) del último salario diario de cotización el que recibirá durante cuarenta y dos días anteriores al parto y cuarenta y dos días posteriores al mismo.

Para que la asegurada tenga derecho al subsidio que se señala, es necesario que haya cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el período de doce meses anteriores a la fecha en que deberá comenzar el pago del subsidio.

(Artículos 101 y 102)

Además existe una prestación para el asegurado o el esposo de la asegurada, en el cual al nacer su hijo, tendrá derecho a gozar de una semana de no trabajar.

Para **México** quedan amparado por este seguro, la esposa del asegurado, a falta de ésta, la mujer con quien ha hecho vida marital durante los cinco años anteriores a la enfermedad, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. Así como los hijos del asegurado y sus dependientes económicos. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.

Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada, y reúna, en su caso, los requisitos del párrafo anterior. **(Artículo 84).**

En **Chile** para obtener la procedencia de los fondos en el ramo de Accidentes de trabajo, se toman de la siguiente forma; el asegurado no aporta nada, el empleador el

cero punto noventa por ciento (0.90 %), el Gobierno subvenciona al programa del sector público.

Una diferencia importante con México, es que no existe periodo mínimo de calificación, en las prestaciones por accidente de trabajo.

En **Chile** dentro de las prestaciones por invalidez tenemos que la pensión por incapacidad permanente es del 70% del salario base, en caso de incapacidad total (por lo menos 70%) y existe un suplemento por asistencia permanente del 30% del salario base.

Para la incapacidad parcial se requiere entre 40% a 69% de incapacidad y se concede 35% del salario base. Subsidio de suma a tanto alzado hasta 15 meses de salario base por 15% a 39% de incapacidad.

Prestaciones médicas en **Chile** garantizan Los servicios médicos, odontológicos y farmacéuticos necesarios, hospitalización, prótesis, rehabilitación y readaptación profesional, se conceden por todo el tiempo que sea necesario.

Las prestaciones a los sobrevivientes en el ramo de invalidez en **Chile**, tenemos que la pensión a los sobrevivientes es de 50% de la pensión del asegurado, se paga a la viuda de 45 años de edad o más que tiene un hijo a cargo. Pagadera a la viuda inválida a cualquier edad. A los huérfano se le otorga el 20% de la pensión por cada huérfano menor de 18 años (edad 23 si es estudiante, sin límite si es inválido); 50% por cada huérfano de padre y madre y además existe un subsidio para gastos de sepelio que consta de tres veces el salario mínimo.

Las prestaciones por **incapacidad** en **México** para los asegurados son; El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en dinero:

Si lo incapacita para trabajar recibirá mientras dure la inhabilitación, el cien por ciento (100 %) del salario en que estuviese cotizando en el momento de ocurrir el riesgo.

El goce de este subsidio se otorgará al asegurado entre tanto no se declare que se encuentre capacitado para trabajar, o bien se declare la incapacidad permanente parcial o total, lo cual deberá realizarse dentro del término de cincuenta y dos semanas (52 semanas) que dure la atención médica como consecuencia del accidente, sin perjuicio de que una vez determinada la incapacidad que corresponda, continúe su atención o rehabilitación conforme a lo dispuesto por el artículo 61 de la ley del Seguro Social.

Esto es, al declararse la incapacidad permanente, sea parcial o total, se concederá al trabajador asegurado la pensión que le corresponda, con carácter provisional, por un período de adaptación de dos años.

Durante ese período de dos años, en cualquier momento el Instituto Mexicano del Seguro Social podrá ordenar y, por su parte, el trabajador asegurado tendrá derecho a solicitar la revisión de la incapacidad con el fin de modificar la cuantía de la pensión.

Transcurrido el período de adaptación, se otorgará la pensión definitiva, la cual se calculará en los términos del artículo 58 de la ley del Seguro Social. **(Artículo 61)**

(Al declararse la incapacidad permanente total del asegurado, éste recibirá una pensión mensual definitiva equivalente al setenta por ciento (70 %) del salario en que estuviere cotizando. En el caso de enfermedades del trabajo, se calculará con el promedio del salario base de cotización de las cincuenta y dos últimas semanas o las que tuviere si su aseguramiento fuese por un tiempo menor para determinar el monto de la pensión.

Igualmente, el incapacitado deberá contratar un seguro de sobre vivencia para el caso de su fallecimiento, que otorgue a sus beneficiarios las pensiones y demás prestaciones económicas a que tengan derecho.)

El seguro de sobre vivencia cubrirá, en caso de fallecimiento del pensionado a consecuencia del riesgo de trabajo, la pensión y demás prestaciones económicas a que se refiere la Ley del Seguro Social, referente a los beneficiarios; si al momento de producirse el riesgo de trabajo, el asegurado hubiere cotizado cuando menos ciento cincuenta semanas, el seguro de sobre vivencia también cubrirá el fallecimiento de éste por causas distintas a riesgos de trabajo o enfermedades profesionales.

El Instituto otorgará a los pensionados por incapacidad permanente total y parcial con un mínimo de más del cincuenta por ciento de incapacidad, un aguinaldo anual equivalente a quince días del importe de la pensión que perciban. **(Artículo 58)**

Si el riesgo de trabajo trae como consecuencia la muerte del asegurado, el Instituto del Seguro Social calculará el monto constitutivo al que se le restará los recursos acumulados en la cuenta individual del trabajador fallecido, a efecto de determinar la suma asegurada que el Instituto deberá cubrir a la institución de seguros, necesaria para obtener una pensión, ayudas asistenciales y demás prestaciones económicas previstas a los beneficiarios.

Las pensiones y prestaciones a que se refiere este artículo serán:

- I. El pago de una cantidad igual a sesenta días (60 días) de salario mínimo general que rija en el Distrito Federal en la fecha de fallecimiento del asegurado.
- II. A la viuda del asegurado se le otorgará una pensión equivalente al cuarenta por ciento (40 %) de la que hubiese correspondido a aquél, tratándose de incapacidad permanente total. La misma pensión corresponde al viudo o concubinario que hubiera dependido económicamente de la asegurada.
- III. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, que se encuentren totalmente incapacitados, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento (20 %) de la que hubiese correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total.

IV. A cada uno de los huérfanos que lo sean de padre o madre, menores de dieciséis años, se les otorgará una pensión equivalente al veinte por ciento (20%) de la que le hubiera correspondido al asegurado tratándose de incapacidad permanente total. **(Artículo 64)**

Para gozar de las prestaciones del ramo de invalidez se requiere al declararse ésta el asegurado tenga acreditado el pago de doscientas cincuenta (250 semanas de cotización) semanas de cotización. En el caso que el dictamen respectivo determine el sesenta y cinco por ciento (65 %) o más de invalidez sólo se requerirá que tenga acreditadas ciento cincuenta (150 semanas de cotización) semanas de cotización.

El declarado en estado de invalidez de naturaleza permanente que no reúna las semanas de cotización señaladas en el párrafo anterior podrá retirar, en el momento que lo desee, el saldo de su cuenta individual del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez en una sola exhibición. **(Artículo 122)**

En México dentro de las prestaciones a los sobrevivientes, cuando ocurra la muerte del asegurado o del pensionado por invalidez, El Instituto del Seguro Social otorgará a sus beneficiarios, las siguientes prestaciones:

1. Pensión de viudez;
2. Pensión de orfandad;
3. Pensión a ascendientes;
4. Ayuda asistencial a la pensionada por viudez, en los casos en que lo requiera, de acuerdo con el dictamen médico que al efecto se formule.

En caso de fallecimiento de un pensionado por riesgo de trabajo, invalidez, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, las pensiones a que se refiere las fracciones I, II, III se otorgarán con cargo al seguro de sobre vivencia que haya contratado el pensionado fallecido. **(Artículo 127)**

Son requisitos para que se otorguen a los beneficiarios las prestaciones anteriores:

- Que el asegurado al fallecer hubiese tenido reconocido el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta (150 cotizaciones semanales) cotizaciones semanales, o bien que se encontrara disfrutando de una pensión de invalidez, y
- Que la muerte del asegurado o pensionado por invalidez no se deba a un riesgo de trabajo. **(Artículo 128)**

También tendrá derecho a pensión los beneficiarios de un asegurado fallecido por causa distinta a un riesgo de trabajo que se encontrara disfrutando de una pensión por incapacidad permanente derivada de un riesgo igual, si aquél tuviera acreditado el pago al Instituto de un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales y hubiese causado baja en el régimen obligatorio, cualquiera que fuere el tiempo transcurrido desde la fecha de su baja. **(Artículo 129)**

Tendrá derecho a la pensión de viudez la que fue esposa del asegurado o pensionado por invalidez. A falta de esposa, tendrá derecho a recibir la pensión, la mujer con quien el asegurado o pensionado por invalidez vivió como si fuera su marido, durante los cinco años que precedieron inmediatamente a la muerte de aquél, o con la que hubiera tenido hijos, siempre que ambos hayan permanecido libres de matrimonio durante el concubinato. Si al morir el asegurado o pensionado por invalidez tenía varias concubinas, ninguna de ellas tendrá derecho a recibir la pensión.

La misma pensión le corresponderá al viudo o concubinario que dependiera económicamente de la trabajadora asegurada o pensionada por invalidez.

(Artículo 130)

La pensión de viudez será igual al noventa por ciento (90 %) de la que hubiera correspondido al asegurado en el caso de invalidez o de la que venía disfrutando el pensionado por este supuesto. **(Artículo 131)**

La viuda, viudo, concubina o concubinario pensionados que contraigan matrimonio, recibirán una suma global equivalente a tres anualidades de la cuantía de la pensión que disfrutaban. **(Artículo 133)**

No se tendrá derecho a la pensión de viudez en los siguientes casos:

- Cuando la muerte del asegurado acaeciera antes de cumplir seis meses de matrimonio.
- Cuando hubiese contraído matrimonio con el asegurado después de haber cumplido éste los cincuenta y cinco años de edad, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio.
- Cuando al contraer matrimonio el asegurado recibía una pensión de invalidez, vejez o cesantía en edad avanzada, a menos de que a la fecha de la muerte haya transcurrido un año desde la celebración del matrimonio

Las limitaciones de esto, no regirán cuando al morir el asegurado o pensionado la viuda compruebe haber tenido hijos con él. **(Artículo 132)**

Tendrán derecho a recibir pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de dieciséis años (16 años), cuando muera el padre o la madre y alguno de éstos hubiera tenido el carácter de asegurado, y acrediten tener ante el Instituto un mínimo de ciento cincuenta cotizaciones semanales (152 cotizaciones semanales) o haber tenido la calidad de pensionados por invalidez.

El Instituto del Seguro Social prorrogará la pensión de orfandad, después de alcanzar el huérfano la edad de dieciséis años, y hasta la edad de veinticinco, si se encuentra estudiando en planteles del sistema educativo nacional, tomando en consideración las condiciones económicas, familiares y personales del beneficiario, siempre que no sea sujeto del régimen obligatorio.

El huérfano mayor de dieciséis años que desempeñe un trabajo remunerado no tiene derecho a percibir esta pensión; salvo que no pueda mantenerse por su propio trabajo, debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, en tanto no desaparezca la incapacidad que padece. **(Artículo 134)**

La pensión del huérfano de padres o madre será igual al veinte por ciento (20%) de la pensión de invalidez que el asegurado estuviese gozando al fallecer o de la que le hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez. Si el huérfano lo fuera de padre y madre, se le otorgará en las mismas condiciones una pensión igual al treinta por ciento (30 %) de la misma base. **(Artículo 135)**

Con la última mensualidad se otorgará al huérfano un pago finiquito equivalente a tres mensualidades de su pensión. **(Artículo 136)**

Si no existiera viuda, huérfanos ni concubina con derecho a pensión, ésta se otorgará a cada uno de los ascendientes que dependían económicamente del asegurado o pensionado por invalidez fallecido, por una cantidad igual al veinte por ciento (20 %) de la pensión que el asegurado estuviese gozando al fallecer, o de la que hubiera correspondido suponiendo realizado el estado de invalidez. **(Artículo 137)**

En Chile existe un seguro de desempleo el cual su campo de aplicación es para los asalariados; la procedencia de los fondos es de la siguiente forma, asegurado: ninguna, empleador ninguna y Gobierno el costo íntegro (Fondo Único de Familiares y Subsidios de Cesantía)

La forma de obtener las condiciones de adquisición de derechos:

Prestaciones por desempleo tener 52 semanas de seguro durante los dos años anteriores (para obreros y empleados). Estar inscrito como solicitante de empleo, apto y dispuesto a trabajar.

Desempleo debido a causas ajenas a la voluntad del solicitante.

Las prestaciones por desempleo se dan en los primeros 90 días, 9,000 pesos mensuales; de 91 a 180 días: 6,000 pesos mensuales; de 181 a 360 días, 4,500 pesos mensuales.

Las personas con derecho a la prestación por desempleo, continúan asimismo recibiendo las asignaciones y prestaciones familiares así como las prestaciones por maternidad y médicas.

CONCLUSIONES

Los Sistemas de Seguridad Social tienen como función principal el cuidar del bienestar social de posibles siniestros que pueda traer consigo, enfermedades simples o graves, invalides y posiblemente hasta la muerte; es por ello que México, Argentina; Colombia y Chile han creado planes de protección, que permitan enfrentarse a estos siniestros.

El Sistema de Seguridad social Mexicano tiene como objetivo principal administrar los recursos necesarios con igualdad de derechos para todos, tanto para los trabajadores como para las empresas que dependen de la mano de obra Mexicana, esto es en el caso de empresas que tengan un alto grado de inseguridad tendrán la obligación de pagar más que otra empresa que tenga menos riesgos de seguridad para los trabajadores; además como ventajas para las empresas se tiene que toda empresa tendrá la obligación y derecho de revisar anualmente su siniestralidad, conforme al periodo y dentro del periodo que señale el reglamento, para determinar si disminuye o aumenta el grado de siniestralidad, propiciando que disminuya, quede igual o aumente sus primas, al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cabe mencionar que los trabajadores **Argentinos** así como Chilenos cuentan con el **Seguro de Desempleo**, el cual es aplicado a los asalariados (los asalariados en el sector de construcción tienen un programa por separado, personal domestico, y empleados públicos).

Haciendo referencia en el ramo de **cesantía en edad avanzada** en **México**, para gozar de las prestaciones, se requiere que el asegurado tenga reconocidas ante el Instituto del Seguro Social un mínimo de mil doscientas cincuenta cotizaciones semanales. (24 años de cotizaciones).

Mientras que en otros países como **Argentina** es necesario que el asegurado, tenga el 70% del promedio de ingresos ajustados durante los tres años mejores de los últimos 10 años (Esto es que con sólo diez años de trabajo un asegurado Argentino tiene el derecho de gozar con una pensión, más aparte la ayuda que otorga el país para los empleados que no puedan percibir un sueldo).

Mientras en **Colombia** es necesario que el trabajador tenga 500 semanas de cotización en los últimos 20 años.

Y en **Chile** es necesario que el asegurado tenga 20 años de cotizaciones, para poder tener derecho a la pensión por vejez (transicionalmente 12 meses de cotización durante los últimos cinco años anteriores a noviembre de 1980).

Las edades promedio para tener derecho ha este ramo son para los hombre la edad de 65 años mientras que para las mujeres es de 60 años.

Ahora bien con respecto al ramo de **enfermedad y maternidad** se tiene que en **México** para gozar de las prestaciones en especie por maternidad el asegurado necesita haber cubierto por lo menos treinta cotizaciones semanales en el período de doce meses anteriores a la fecha en que deberá comenzar el pago del subsidio.

Los asegurados Argentinos para tener derecho en maternidad es necesario que hayan tenido 10 meses de empleo continuo anterior al parto o un mes de empleo en la colocación actual y 6 meses de empleo en los 12 meses anteriores a la colocación actual; y para enfermedad es necesario ser asalariados y pensionados.

Los asegurados Colombianos tienen como ventaja que para poder gozar de las *prestaciones por enfermedad y maternidad*, en dinero y médicos, solo necesitan tener cuatro semanas de cotización inmediatamente antes de la solicitud.

En **Chile**, es necesario que tengan seis meses de seguro y tres meses de cotización durante los últimos seis meses para gozar de las prestaciones en dinero por enfermedad y maternidad.

Para gozar de las prestaciones del Ramo de **Invalidez en México**, es necesario que el asegurado tenga acreditados el pago de 250 semanas de cotización (5.208 años) y que el dictamen determine la pérdida del 75 % o más de la invalidez solo se requerirán que tenga acreditadas 150 semanas de cotización.

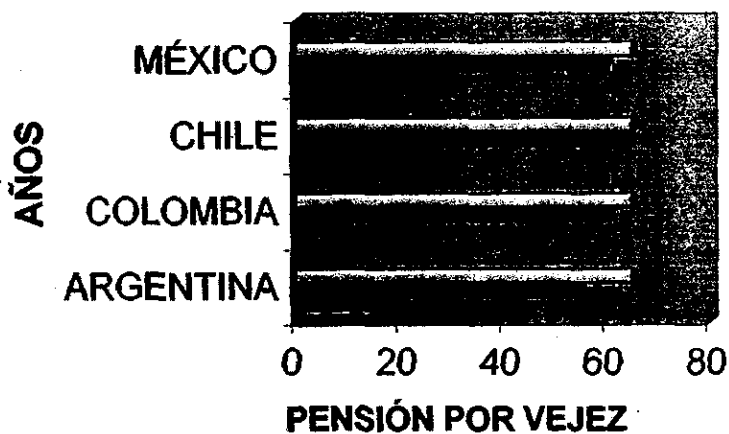
En **Argentina** deben tener al menos tres años de seguro en el caso de los asegurados voluntarios y si el afiliado tiene por lo menos 10 años de cotización, puede calificarse si la invalidez comenzó dentro de los cinco años siguientes al cese de trabajo, con un dictamen del 66 % de la invalidez

Mientras en **Colombia** en la pérdida de 50% de la capacidad de ingreso normal, 1 50 semanas de cotización en los últimos seis años, o con 300 semanas, cualquiera que sea el periodo.

En **Chile** los Obreros necesitan tener un mínimo de 50 semanas de cotización, con 40% de las semanas de cotización durante los últimos cinco años y 50% de las semanas desde la cobertura inicial (la última condición no se aplica a mujeres ni a hombres con un mínimo de 400 semanas cotización). Los empleados requieren 67% de incapacidad y tres años de cotización.

ANEXO

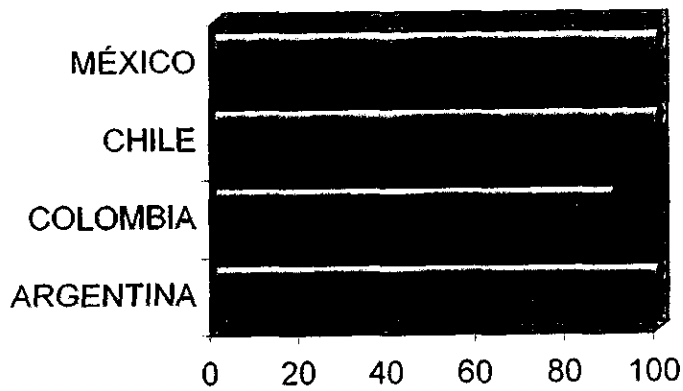
CONDICIONES DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS



ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
65	65	65	65
55	60	60	60
15	10	20	24

GRAFICA No. 1 (MUESTRA LAS CONDICIONES NECESARIAS DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS PARA LOS TRABAJADORES ARGENTINOS, COLOMBIANOS, CHILENOS Y MEXICANOS).

PRESTACIONES " \$ "

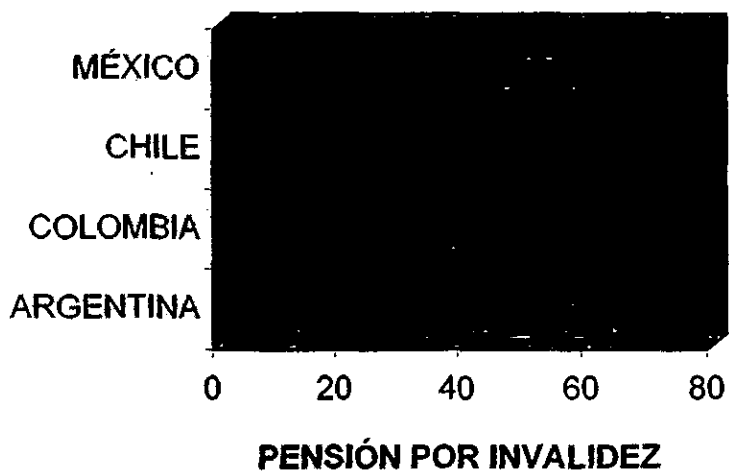


PENSIÓN POR VEJEZ

	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
▣ % MÁXIMO (INDEPENDIENTES)	100	90	100	100
▣ % MÁXIMO (ASALARIADO)	82	80	90	90
▣ % MÍNIMO (ASALARIADO)	70	45	60	60

GRAFICA No. 2 (MUESTRA EL PORCENTAJE DE INGRESOS QUE PERSIBIRÁ EL ASEGURADO POR DERECHO A ESTA PRESTACIÓN).

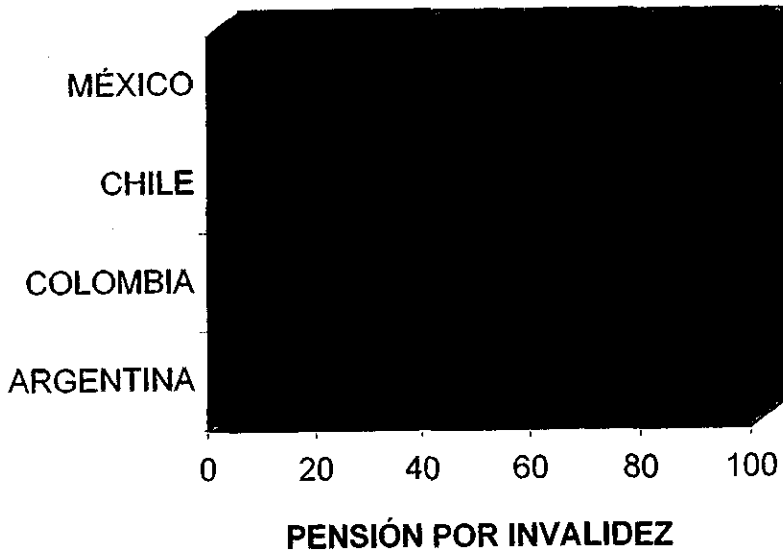
CONDICIONES DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ AÑOS COTIZANDO	3	3	1	4.8
■ % DE INCAPACIDAD LABORAL	66	50	67	75

GRAFICA No. 3 (MUESTRA LAS CONDICIONES NECESARIAS DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS PARA LOS TRABAJADORES ARGENTINOS, COLOMBIANOS, CHILENOS Y MEXICANOS).

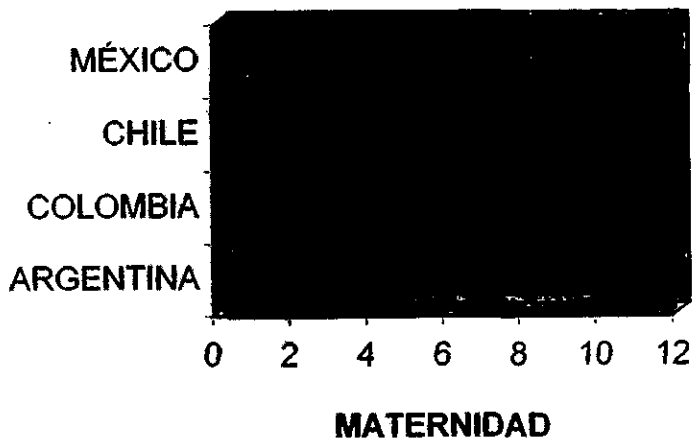
PRESTACIONES " \$ "



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ % MÁXIMO	70	90	70	70

GRAFICA No. 4 (MUESTRA EL PORCENTAJE DE INGRESOS QUE PERSIBIRÁ EL ASEGURADO POR DERECHO A ESTA PRESTACIÓN).

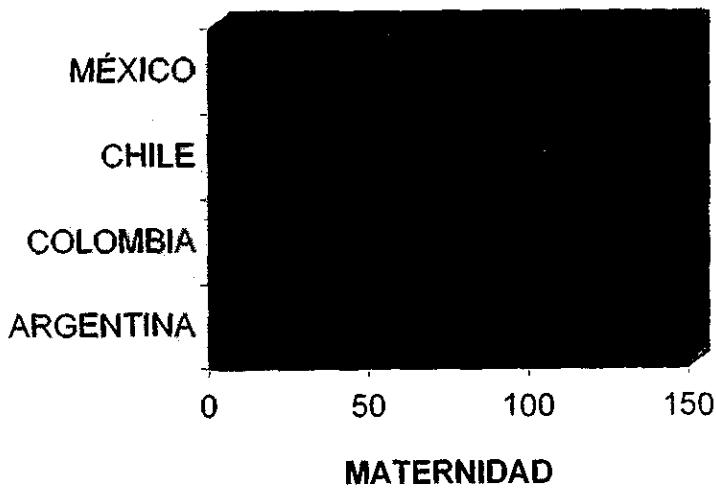
CONDICIONES DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ MESES ANTES DE LA SOLICITUD	12	9	6	12
■ MESES COTIZANDO	10	3	3	8

GRAFICA No. 5 (MUESTRA LAS CONDICIONES NECESARIAS DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS PARA LOS TRABAJADORES ARGENTINOS, COLOMBIANOS, CHILENOS Y MEXICANOS).

PRESTACIONES " \$ "



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD (DÍAS)	90	84	126	84
■ % INGRESOS	100	100	100	100

GRAFICA No. 6 (MUESTRA EL PORCENTAJE DE INGRESOS QUE PERSIBIRÁ EL ASEGURADO POR DERECHO A ESTA PRESTACIÓN).

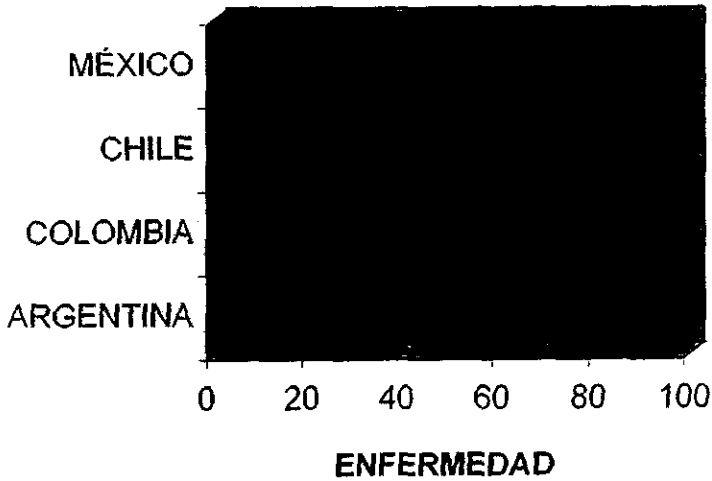
CONDICIONES DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ MESES COTIZANDO	0	1	6	1

GRAFICA No. 7 (MUESTRA LAS CONDICIONES NECESARIAS DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS PARA LOS TRABAJADORES ARGENTINOS, COLOMBIANOS, CHILENOS Y MEXICANOS).

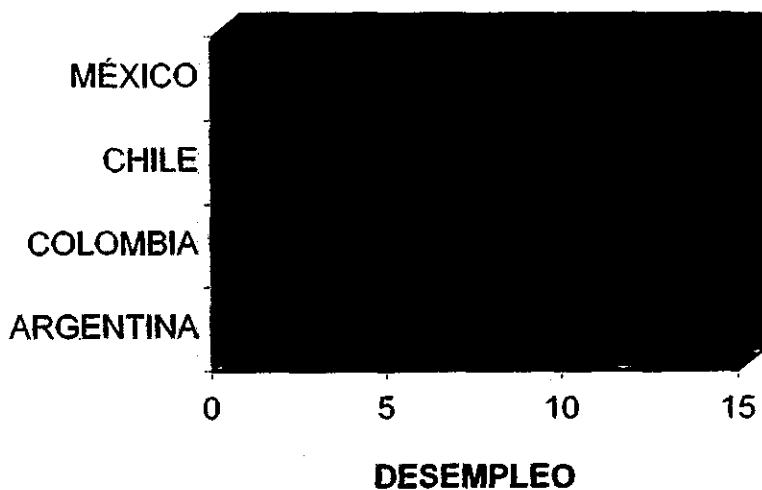
PRESTACIONES " \$ "



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ TIEMPO DE INCAPACIDAD (MESES)	6	3	1	6
■ % INGRESOS	70	67	100	60

GRAFICA No. 8 (MUESTRA EL PORCENTAJE DE INGRESOS QUE PERSIBIRÁ EL ASEGURADO POR DERECHO A ESTA PRESTACIÓN).

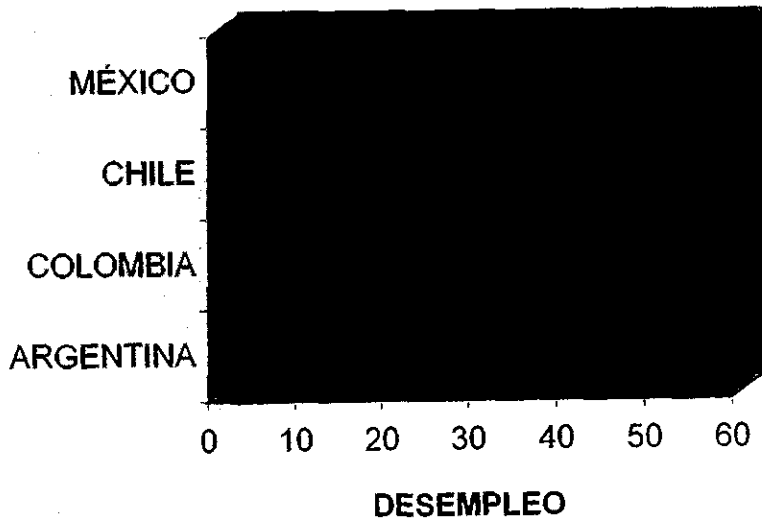
CONDICIONES DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ MESES COTIZANDO	12	0	14	0

GRAFICA No. 9 (MUESTRA LAS CONDICIONES NECESARIAS DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS PARA LOS TRABAJADORES ARGENTINOS, COLOMBIANOS, CHILENOS Y MEXICANOS).

PRESTACIONES " \$ "



	ARGENTINA	COLOMBIA	CHILE	MÉXICO
■ % INGRESOS	60	0	60	0

GRAFICA No. 10 (MUESTRA EL PORCENTAJE DE INGRESOS QUE PERSIBIRÁ EL ASEGURADO POR DERECHO A ESTA PRESTACIÓN).

BIBLIOGRAFÍA

Nueva Ley del Seguro Social (1995)
Editorial Pac. S.A. de C.V.

Europa Publications Limited
The Europa World Year Book
Vol I y II 1993-94
Editorial Marín, S.A.

Organización Panamericana de la Salud
Las Condiciones de Salud en las Americas
Volumen II.
Publicación Científica No. 549. O'PS. OMS Washinton, D.C. 1994

Organización Panamericana de la Salud
Indicadores Básicos 1995.
Situación de Salud en las Américas
Programa de Análisis de la Situación de Salud
División de Salud y Desarrollo Humano. OPS. OMS.

The Statesman's Year Book 1994-1995. De Brian Hunter. 131 st.
Edition St. Martín Press, New York

U.S. Departament of Health and Human Services
Regimenes de Seguridad Social en las Américas 1993.
Social Security Administration. USA, Agust, 1994.

Whitaker's Almanac, 1996. De J. Whitaker and son LTD
128 TH. Edition. Londres, 1995